

känner sig stabilare i sina blodsockernivåer och mindre rädda för hypoglykemi. Patienterna anger spontant en känsla av högre livskvalitet och större flexibilitet.

NICE (National Institute of Clinical Excellence) i England rekommenderar, efter sin slutgiltiga genomgång (2002), att Lantus används som ett alternativ för patienter med typ 1-diabetes, men inte som rutin för alla patienter med typ 2-diabetes. Man föreslår att Lantus används av de typ 2-diabetespatienter som behöver assistans av annan person, har en påverkad livssituation på grund av symtomgivande hypoglykemi eller som annars behöver NPH-injektion två gånger dagligen som komplement till sin perorala behandling (www.nice.org.uk). Dessa rekommendationer överensstämmer väl med Läkemedelsförmånsnämndens (LFN).

Ska presentera ytterligare information

LFN har accepterat Lantus inom förmånen, men ålagt Aventis Pharma att in-

Replik:

Insulinglargin är registrerat som ett insulin, inte mer

Vi måste tydligen än en gång påpeka att det var en systematisk översikt vi presenterade. Data inhämtades från Food and Drug Administration (FDA), The European Medicines Agency (EMA) och publicerade studier. Vi har refererat hur registreringsmyndigheterna betraktade studierna, inte jämfört med hur författarna själva uppfattade sina resultat.

Vår utgångspunkt

Utgångspunkten var hur studierna var designade och vad de visade. Att kontrollerade studier kan ge ett annat resultat än vad enskilda doktorer och patienter uppfattar är inte så märkligt. Däremot tycker vi att Margareta Olsson Birgersson har fel i bedömningen av resultaten i studierna i hennes referenser [2-5]. Be-grunda Tabell 3 i vår genomgång!

Vi är fullt medvetna om att metabol kontroll kan beskrivas på andra sätt än med HbA_{1c}, men det var sponsorns (Hoechst Marion Roussel) design med HbA_{1c} som primär effektvariabel som bedömdes.

Vi är förvånade över på vilket sätt Margareta Olsson Birgersson beskriver innehållet i referenserna [9-11]. I den första av de tre handlar det om a) en jämförelse mellan insulinglargin på morgonen, b) insulinglargin till natten och c) NPH-insulin till natten. Sänkningen av HbA_{1c} var signifikant bara då det gällde insulinglargin som givits på morgonen;

komma med ytterligare information och dokumentation som beskriver hur insulinet används på patienter med typ 2-diabetes i klinisk praktisk vardag. LFN uttrycker rädsla för att läkare och patienter inte titrerar upp insulinet till målvärden och därmed undgår den nytta och kostnadseffektivitet som Lantus ger.

Ansvar för optimal behandling

Aventis Pharma respekterar LFNs beslut och arbetar för att kunna presentera ytterligare dokumentation i juli 2005. Det är dock oerhört viktigt att behandlande läkare och sjuksköterskor tar sitt ansvar för patienternas optimala behandling och hjälper dem att titrera till uppsatt målvärde för att utnyttja Lantus effekt. Inget läkemedel blir kostnadseffektivt om det inte används på rätt sätt, till rätt patienter och i rätt dos.

Margareta Olsson Birgersson

*kardiolog, med dr,
medicinsk chef, Aventis Pharma
margareta.olsson.birgersson@aventis.com*

Referenser

1. Björck Linné A, Liedholm H. Inga dokumenterade fördelar med Lantus jämfört med NPH-insulin. Läkartidningen 2004;101:2402-7.
2. Ratner RE, Hirsch IB, Neifing JL, Garg SK, Mecca TE, Wilson CA. Less hypoglycemia with insulin glargine in intensive insulin therapy for type 1 diabetes. U.S. Study Group of Insulin Glargine in Type 1 Diabetes. Less hypoglycemia with insulin glargine in intensive insulin therapy for type 1 diabetes. Diabetes Care 2000;23:639-43.
5. Yki-Järvinen H, Dressler A, Ziemann M. Less nocturnal hypoglycaemia and better post-dinner glucose control with bedtime insulin glargine compared with bedtime NPH insulin during insulin combination therapy in type 2 diabetes. Diabetes Care 2000;23:1130-6.
6. Riddle M, Rosenstock J, Gerich J. The treat to target trial. Randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. Diabetes Care 2003;26:3080-6.
9. Fritsche A, Schweitzer MA, Häring HU. Glimperide combined with morning insulin glargine, bedtime neutral protamine Hagedorn insulin, or bedtime insulin glargine in patients with type 2 diabetes. Ann Intern Med 2003;138:952-9.



Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://larkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

hypoglykemierna (symtomatiska och nattliga) var signifikant färre mellan de två insulin typerna bara då de gavs till natten.

Referens [10] i Margareta Olsson Birgerssons inlägg gäller endast tre små grupper av patienter (17 patienter vardera) som behandlats på rätt avvikande sätt (bl a gavs NPH-insulin 4 gånger per dygn) under 12 veckor. Vidare finns hennes referens [11] bara som ett abstrakt, vilket gör att den studien i princip är obedömlig tills vidare.

Vårt huvudbudskap, liksom det från

FDA och EMA, är att några dokumenterade fördelar för Lantus ännu inte visats. Insulinglargin är registrerat som ett insulin, inte mer. Indikationen är diabetes mellitus.

Agneta Björck Linné

*dr med vet, apotekare
Agneta.Bjork-Linne@smi.mas.lu.se*

Hans Liedholm

*docent, överläkare;
båda vid enheten för läkemedel,
Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Hans.Liedholm@smi.mas.lu.se*

Sjukskrivningar och systemfel

Jag har verkat som specialist i allmänmedicin i tio år. Samarbetet med försäkringskassan har på det hela taget varit gott. Men jag lagt märke till vissa systemfel som blivit tydligare på senare tid. Det skulle förvåna mig om det inte är ungefär på samma sätt på andra håll i landet.

Sjukskriva på deltid

Det har rekommenderats att vi i större utsträckning ska sjukskriva på deltid. Det är en rekommendation som jag har försökt att följa, i synnerhet när det gäller unga människor med diffusa besvärssupplevelser.

Vissa av dem kommer igång och jobbar, kanske fler än om de varit sjuk-

skrivna på heltid. Men för dem som inte kommer igång blir det ofelbart en resa till Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås eller Simrishamn, och därifrån kommer de så gott som alltid med hel sjukersättning.

Finns å andra sidan en objektivt verifierad sjukdom och patienten inte gnäller utan gör så gott den kan händer det att sjukpenningen dras in. Ett par exempel:

Fall 1: Kvinna 58 år, bypass-opererad för mer än en kranskärlsförträngning efter framväggsinfarkt, atrofisk gastrit, B₁₂-substitution på grund av markant B₁₂-vitaminbrist och nedsatt spatiell förmåga.

Fall 2: 55-årig matlagare med stort vänstersidigt diskbräck som ger kom-

pression av durasäcken. Diskbråcket når fram till vänster SI-rot som är dislokerad bakåt. Denne man hade ont i ryggen och arbetade inte. När sjukpenningen drogs in blev han avskedad.

Bristande arbetsmotivation

Argumentationen från försäkringskassan går ut på att det finns en arbetsförmåga trots sjukdom. Arbetsförmåga saknas när det inte går att få patienten i den typ av arbete som försäkringskassan och arbetsförmedlingen har att erbjuda. Då ska det vara sjukpenning. Vi vet alla att en vanlig orsak till att en människa inte utför en bestämd syssla är brist på motivation och att detta är betydligt vanligare än sjukdom. Motivation är ett begrepp som – om och när det dyker upp – betraktas som om det vore av medicinsk valör.

Bristande motivation att stå till arbetsmarknadens förfogande hanteras som ett allvarligt medicinskt problem, i synnerhet om patienten tar strid.

Det tycks vara lättare att optimera sin försörjning via försäkringskassan om klagomålen inte går att objektivt verifiera och kombineras med tårar. Dessutom ska patienten givetvis inte arbeta.

Det talas om att försäkringskassan i större utsträckning ska ta över sjukskrivningarna. Därmed får man möjligen ned ohälsotalet. Jag befarar att många sjuka därmed kommer att stå utan försörjning, i synnerhet om de lider av en sjukdom som kallades sjukdom innan den allmänna sjukförsäkringen infördes. Politikererna kan då använda pengarna till annat.

Karin Nyqvist

*distriktsläkare, vårdcentralen, Nybro
KarinNy@LTKALMAR.SE*

Sarkoidospatienter med Löfgrens syndrom:

Kan det inflammatoriska svaret vara fysiologiskt gynnsamt för läkningen?

I repliken till vår kommentar om behandling av fotledsarthrit vid akut sarkoidos med NSAID-preparat i stället för med perorala steroider föreslår Ido Leden och Tom Ingvarsson att lungmedicinare och reumatologer kanske möter olika patientpopulationer (Läkartidningen 40/2004, sidorna 3098-9). Vad vi diskuterat är patienter med Löfgrens syndrom, som är en kliniskt distinkt grupp av sarkoidospatienter. Om kriterierna väl är uppfyllda bör patientmaterialet därför vara homogent.

Vår verksamhet

I vår egen verksamhet vid Karolinska Universitetssjukhusets sarkoidosmotagning i Solna diagnostiserar vi årligen cirka 100 nya fall av sarkoidos. Av dessa har ungefär 35 procent Löfgrens syndrom. I några enstaka fall ges på grund av uttalade symtom peroral steroidbehandling, men lejonparten får enbart NSAID-preparat om de överhuvudtaget behandlas. Det händer också att enstaka patienter kommer till oss via reumatologer, som givit lokala steroidinjektioner i fotleden.

Erfarenheter

Vår terapitradition har hittills inte lett till kvarstående eller över tiden alltför utdragna ledbesvär. Att behandla med perorala steroider innebär alltid risk för systembiverkningar. Man kan dessutom fundera över om inte det övergående inflammatoriska svaret som trycks ned av

steroider egentligen kan vara fysiologiskt gynnsamt för läkningen.

Anders Eklund

*professor
anders eklund@kus.se*

Johan Grunewald

*docent;
båda vid lungkliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna*

Slutreplik:

Våra spekulationer går åt andra hållet

Vi tackar för den nya kommentaren, särskilt funderingen över inflammationspådragets betydelse för det fortsatta förloppet vid Löfgrens syndrom. Våra spekulationer har dock gått åt motsatt håll. Finns det kanske fördelar med den snabba och effektiva inflammationsdämpning som steroidbehandling ger?

Ido Leden

*överläkare,
reumatologsektionen, medicinkliniken
ido.leden@skane.se*

Tom Ingvarsson

*ST-läkare,
infektionskliniken;
båda vid Centralsjukhuset, Kristianstad*

För nordmännens raseri och Elise Claesons texter ...



Foto: IBL

Vikingarna kommer ...

En gång i tiden lär fransmännen ha bett Gud bevara dem för nordmännens raseri. Jag vill år 2004 be Läkartidningen att bevara mig för en så ytlig och människofientlig analys som den Elise Claeson presterar i Läkartidningen 40/2004 (sidan 3120).

Det är en välkänd debatteknik att måla upp en nidsbild, gärna utsirad med lite ironiska slängar, av det man vill kritisera. Och så tar man sedan nidsbilden som om den vore sann och formulerar sin kritik därefter. Exempel i Claesons text: »... sjukdomsbegrepp som ingen tidigare hört talas om, t ex utbrändhet, stress, ångest«. Hmm, var det inte redan gamle Freud som skrev om ångest? Stress har varit ett välkänt begrepp under lång tid, utbrändhet kallar vi nu oftast utbrändhetsdepression. Detta är numera också

ett välkänt begrepp, även om det inte alls funnits lika länge som de två övriga.

Okunnigt om ångest

Att någon skriver om ångest som inte kan – eller vill? – skilja på ångest som ett psykopatologiskt tillstånd och den existentiella ångest som vi alla då och då känner av, det har jag ingen glädje av i Läkartidningen. Där ställer jag högre krav än på ledarsidorna i SvD, vars ironiska analyser jag konsekvent väljer bort.

PS. Lästips till Elise Claeson: Alexander Perski, »Ur balans«, som är en utmärkt bok om stressutlösta tillstånd.

Ingegerd Wahl

*psykiater, gestaltterapeut, Falun
iwahl@milsbo.se*