

Vem ska bära ansvaret för behandlingen av typ 2-diabetes?

Det ökande antalet farmakologiska principer för behandling av typ 2-diabetes gör det allt svårare för den enskilde läkaren att behärska hela området. Därför finns här ett stort ansvar för såväl läkarna som sjukvårdshuvudmännen att aktivt följa upp kompetensen, utbildningen och behandlingsresultaten inom diabetesvården.

Diabetesvården i Sverige är väl organiserad vid en internationell jämförelse. Det finns sedan ett antal år tillbaka såväl lokala vårdprogram som nationella riktlinjer för diabetesbehandlingen, vilka är väl kända och föremål för återkommande uppdateringar. Tidigt utvecklades diabetesteam i primärvården, och vårdkedjor har identifierats, vilka underlättat ett strukturerat omhändertagande av patienter med typ 2-diabetes.

Det är också troligt att kvalitetsarbete, inte minst med hjälp av det nationella diabetesregistret, bidragit till att successivt förbättra behandlingsresultaten under senare år. Vi vill med detta inlägg dock identifiera utmaningar som diabetessjukvården står inför.

I takt med att vår kunskap om typ 2-diabetes har ökat

har också omhändertagandet av denna patientgrupp blivit mer komplext. Det är i dag en vedertagen uppfattning att god multifaktoriell behandling av blodsocker, blodtryck och lipider m m är av största vikt hos dessa patienter. Att ett sådant angreppssätt påtagligt kan minska risken för diabeteskomplikationer, kardiovaskulär sjukdom och död har bevisats vetenskapligt [1].

I dag når drygt hälften av patienter med typ 2-diabetes uppsatta behandlingsmål för glykemisk kontroll, medan motsvarande siffror för uppnådda målnivåer för lipider och blodtryck är 43 respektive 35 procent [2]. För behandling av hypertoni och lipider råder i relativt hög grad konsensus om vilka behandlingsalgoritmer som ska användas. Att metformin är förstahandsmedel till överviktiga patienter med typ 2-diabetes är oomtvistat, men den snabba utvecklingen av nya diabetesläkemedel har gjort att behandlingstrappan avseende blodsockersänkning är otydlig och föremål för diskussion.

Flertalet av våra viktigaste och bästa diabetesläkemedel har funnits länge. Insulin introducerades på 1920-talet, sulfonylurea 1946 och metformin 1957 [3]. På senare år har nya farmakologiska beredningar och behandlings-

principer utvecklats, där de senaste tillskotten är läkemedel som utnyttjar effekten av inkretinhormonet GLP-1.

Men detta är bara början. Vi kan redan nu förutse att ett antal helt nya läkemedel för behandling av typ 2-diabetes kommer att introduceras inom de närmaste åren. Vilka av dessa som blir dagsländer och vilka som i längden kommer att visa sig tillföra ett mervärde som värdefulla verktyg i verktygslådan för diabetessjukvården får framtiden utvisa.

Med ett ökande antal farmakologiska behandlingsprinciper kommer dock alternativet att bli allt svårare att överblicka för den enskilde behandlande läkaren, som oftast är en distriktsläkare, eftersom det stora flertalet patienter med typ 2-diabetes behandlas i primärvården.

Ett annat problem är gränssnittet mellan specialister i primärvård och slutenvård avseende behandlingen av denna patientgrupp. Ett slags moment 22 råder när det gäller möjligheten att få klinisk erfarenhet av nya metoder och olika möjliga kombinationer vid behandlingen av patienter med typ 2-diabetes. Det är regel i primärvården att man avvaktar vägledning av lokala specialister inom endokrinologi och diabetologi innan man påbörjar förskrivning av nya läkemedel.

En sådan hållning har i flera avseenden varit klok och ändamålsenlig, särskilt i ljuset av ökande läkemedelskostnader. Problemet är att man inom slutenvården sällan har

möjlighet att hos patienter med okomplicerad typ 2-diabetes skaffa sig den nödvändiga erfarenheten av de olika nya behandlingsalternativen. Därför riskerar vi nu en situation där man varken inom slutenvården eller i primärvården har möjlighet att få den nödvändiga erfarenheten av nya diabetesläkemedel.

Med ett legitimt krav på förteckningar över rekommenderade läkemedel, behandlingsalgoritmer och aktuella vårdprogram krävs kompetens för tolkning av vetenskapliga studier men även den förtrogenhetskunskap som erfarenhet från kliniskt patientarbete ger. Ytterligare ett skäl till att en sprid-

ning av den kliniska erfarenheten av de olika behandlingsprinciperna är viktig är att välinformerade patienter redan i dag föreslår behandlingar för sin egen diagnos på ett sätt som tidigare inte var möjligt.

Så vem ska då skaffa sig den nödvändiga kliniska erfarenheten av nya diabetesläkemedel och beredningar i framtiden? Vår uppfattning är att en strukturerad uppföljning tillsammans med kompetens och intresse, snarare än formell specialistkompetens och arbetsplats, är de avgörande faktorerna för var detta lämpligast sker.

Därför ligger här ett stort ansvar både för alla kolleger som behandlar patienter med typ 2-diabetes och för sjukvårdshuvudmännen att aktivt följa upp kompetens, utbildningsinsatser och behandlingsresultat inom diabetes-sjukvården. Det nationella

»Vi kan redan nu förutse att ett antal helt nya läkemedel för behandling av typ 2-diabetes kommer att introduceras inom de närmaste åren.«



CARL JOHAN ÖSTGREN
distriktsläkare, universitetslektor, vårdcentralen, Ödeshög; institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet
caros@ihs.liu.se



BJÖRN ELIASSON
docent, överläkare, Diabetescentrum och institutionen för medicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

diabetesregistret eller andra motsvarande verktyg kan i detta avseende vara viktiga hjälpmedel.

Nya läkemedel är alltid mer kostsamma än de äldre, och evidensbasen för glukossänkande behandling är under debatt. Därför kommer Socialstyrelsens nya nationella riktlinjer för vård av diabetes, som ska presenteras 2009, att bli ett värdefullt hjälpmedel, eftersom man i detta dokument på ett systematiskt sätt utvärderar diabetesvårdens metoder. Att, i lämpliga fall, avstå från användning av moderna läkemedel i väntan på godkännande av de lokala specialisterna är däremot långt ifrån alltid till gagn för patienten.

Sammantaget talar vetenskapen tydligt för att en god multifaktoriell riskfaktorkontrollad modum Steno-2 bör eftersträvas [1] för patienter med typ 2-diabetes, varför den kliniska erfarenheten av både gamla och nya behandlingsalternativ kontinuerligt måste utvecklas och inte hämmas.

Vi förespråkar därför en hälsoekonomiskt ansvarsfull och ändamålsenlig läkemedelsförskrivning baserad på individualisering och systematisk uppföljning för att förbättra behandlingsresultaten och patienternas välbefinnande i hela diabetesvården.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Båda författarna har deltagit i utbildningsaktiviteter i regi av flera läkemedelsföretag verksamma inom diabetesområdet, i kliniska prövningar och i flera »advisory boards«.

REFERENSER

1. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:580-93.
2. Nationella diabetesregistret. Årsrapport. 2007 års resultat. <https://www.ndr.nu>
3. Nathan DM. Finding new treatments for diabetes – how many, how fast ... how good? *N Engl J Med*. 2007;356:437-40.

Receptförfalskning i stor skala – vem bryr sig?

Hur kan 1 000 numrerade recept stjälas från Tensta vårdcentral utan att apoteken kan stoppa expedieringen? Hur kan det komma sig att förfalskade recept utreds av respektive polisdistrikt, när det uppenbart handlar om systematisk utpränting i stor skala? Hur kan Socialstyrelsens tillsynsenhet acceptera detta?

Dessa frågor har jag haft anledning att ställa sedan jag i januari i år blev bestulen på ett antal lösa klisteretiketter med mitt namn och min förskrivarkod. Bovarna kombinerade de i Tensta stulna recepten med mina klisteretiketter och lyckades under några veckor få ut ett stort antal flunitrazepamtabletter i Storstockholmsområdet.

Antagligen har de flesta läkare någon gång råkat ut för förfalskade recept. Ofta handlar det om någon som klantigt försöker skriva en större förpackning eller en iterering. Farmaceuten ser att det är något galet och kontaktar läkaren. Det hela uppenbaras och åtgärdas tämligen omgående. Vårre är det med de storskaliga förfalskningar som nu prånglas ut via apoteken.

Priset på flunitrazepam på svarta marknaden är högt. Det har blivit en lönande affär att förfalska recept i stor skala. Recepten skrivs på maskin och undertecknas med en falsk namnteckning och falsk signatur i rabattrutan. Vanligen lämnas receptet in strax före stängningsdags. Farmaceuten måste expediera re-



Flunitrazepam – populärt på den svarta marknaden.

ceptet, eftersom det ser korrekt ut.

I efterhand kan misstankar väckas, eftersom patientnamn och ombudens legitimation (för det är alltid ombud som hämtar ut) är välbekant eller ser mystiskt ut. När farmaceuten kontaktar läkaren uppenbaras förfalskningen.

Då har langaren redan fått ut läkemedlet och kunnat sälja tabletterna vidare. Många av de farmaceuter jag talat med säger sig känna igen både patientnamn och ombud. Farmaceuten anmäler det förfalskade receptet till det egna polisdistriktet, som inte har någon som helst överblick över förfalskade recept som lämnats in på apotek i andra distrikt. Utredningen blir där- efter – alltså lågt prioriterad.

Vid mina kontakter med

Apoteket AB erkänner man att det saknas effektiva system för att stoppa stulna numrerade recept och enskilda läkares narkotikarecept. I så fall måste man stoppa läka-rens alla recept, vilket är orimligt.

I stället försöker farmaceuterna varna varandra genom mejl inom respektive försäljningsområde. Mejlet sätts upp på en anslagstavla, och så hoppas man att alla farmaceuter ska se och komma ihåg. Är detta år 2008?

Min anmälan till Socialstyrelsens tillsynsmyndighet för apotek ledde bara till en bekräftelse av ovanstående förhållanden. Årligen upptäcks ca 500 receptförfalskningar. Hur många som förblir oupptäckta vet man inte.

Inför omstruktureringen av apoteksmarknaden kan det alltså vara på sin plats att påtala

- att farmaceuterna måste få effektivare expediti- onsstöd, oavsett vem som äger apoteket
- att förfalskade recept måste utredas hos en ansvarig polisinstans
- att förskrivande läkare måste vara medveten om rådande marknadskrafter.

Det handlar dels om den svarta marknaden: Skriv därför inte ut sömnmedel i 100-förpackningar, särskilt inte flunitrazepam, läs Rohypnol.

Det handlar dels även om den vita marknaden: Det kommer att ligga i apotekens intresse att vara ännu mer tillgängliga och vinstdrivna och alltså först sälja, sedan fråga.

Som förskrivare kan man begära utdrag från apoteken på den egna förskrivningen för att själv kontrollera att apoteken inte lämnar ut förfalskade recept!



KERSTIN HULTÉR ÅSBERG överläkare, docent, ordförande i Läkemedelskommittén, Landstinget i Uppsala län