

Bristande stöd för nyttan av patientutbildning vid typ 2-diabetes

Patienter med typ 2-diabetes bör ta aktiv del i behandlingen av sin sjukdom och vårdens uppgift är att ge dem de rätta instrumenten för att klara uppgiften. Denna grundläggande tes har starkt stöd i diabetesvården liksom i patientförbundet. En informerad patient bör kunna spela en aktivare roll i beslut om behandling och därmed också agera rationellt i frågor om kost, motion, rökstopp, vikttnedgång eller blodsockertestning. I slutändan skulle sådana beslut om förändrad livsstil kunna ha betydligt större inflytande på överlevnad, komplikationer och livskvalitet än intensiva farmakologiska insatser för förbättrad blodsockerbalans. Trots att erfarenheten har lärt oss att enbart förbättrade kunskaper sällan förändrar beteenden så har många ansett att patientutbildning är en lösning.

Runt om i landet bedrivs diabetes-skolor eller diabetesgrupper som har målsättningen att öka kunskap, förändra beteenden, förbättra metabola förhållanden samt stimulera patientansvar och autonomi. Gruppdynamik och interaktivitet samt deltagarstyrd verksamhet betonas. Tyvärr är det mycket sparsamt med bra data avseende effekten av insatserna. De flesta rapporter fokuserar på före-efter-data med kort uppföljningstid, men utan randomiserade kontrollgrupper är det svårt att veta vad som egentligen fungerar och vad som är ospecifika omhändertagande-effekter och »regression towards the mean».

Det brittiska Centre for Reviews and Dissemination publicerade nyligen en systematisk översikt av insatser för att öka typ 2-patienters förmåga att själva hantera och ta ansvar för sin sjukdom, »promotion of self-management». Totalt identifierades 53 randomiserade och kontrollerade studier, men endast sju redovisade en uppföljning på ett år eller mer. Studierna var små och i analysen inkluderades de 13 undersökningar som omfattade minst 100 patienter. Man ville veta om interventionen förbättrade kunskaper, vikt, HbA1c eller blodtryck. Endast två studier redovisade hälsorelaterad livskvalitet. Generellt var den vetenskapliga kvaliteten låg.

Program som fokuserade på kunskapsförmedling och tränade färdigheter (blodsockertest) visade i flera fall förbättrad långtidskunskap om sjukdomen men inga kliniskt relevanta förbättringar av riskfaktorer. Många av studierna var dessutom genomförda med patienter vars baskunskaper var långt under de svenska patienternas. Program som baseras på inläringsteori redovisas som »kognitiv beteendeförändring» och fokuserar på hälsorelaterat beteende, viktminskning med diet och fysisk aktivitet. Patienten fick sätta upp mål och relatera problemlösning till dessa genom att modifiera sin självuppfattning. I två studier av individuell kognitiv behandling fann man inga förändringar men i en långtidsstudie av gruppbehandling var HbA1c 0,9 procent lägre än i kontrollgruppen och livskvalite-

ten högre. Ytterligare en studie påvisade bestående vikttnedgång, men generellt var förändringarna små och heterogena.

Program som vill uppnå »empowerment» av patienterna med typ 2-diabetes uppmuntrade dem att själva söka och välja information, delta aktivt i beslut och »förhandla» med vårdpersonalen. En svensk studie från 1986 visade att tre månaders problemorienterad och deltagarstyrd utbildning gav bättre kunskap efter ett år men ingen skillnad i HbA1c. Inga skillnader i kunskap, hälsobeteende, HbA1c eller vikt kunde påvisas i en aktuell studie av 600 patienter som gavs fritt val av ämnen för utbildning.

Slutsatsen blir att dagens insatser för att stärka patienten med typ 2-diabetes har svagt vetenskapligt stöd. Detta får inte förväxlas med att insatserna inte gör någon nytta men om det verkligen är så kan vi bara spekulera om. Varför inte starta en multicenterstudie med de svenska diabetesenheter som i dag bedriver patientutbildning, randomisera till olika modeller eller sedvanlig behandling? En långtidsuppföljning, som inkluderar inte bara surrogat-effektmått utan även hälsorelaterad livskvalitet och komplikationer, vore nödvändig.

Effective Health Care 2000; 6: 1
www.york.ac.uk/inst/crd/ehc61.htm

Skriv till oss!

Läkartidningen vill uppmuntra läsarna att själva skriva kommentarer och referat av systematiska översikter med relevans för en bredare läsekrets. Vi kommer regelbundet att avsätta uppslaget »Nya rön» för evidensbaserad medicin med betoning på referat av bra systematiska översikter och metaanalyser. Andra aktuella artiklar som berör evidensbaserad medicin kan också vara av intresse för tidningens läsare.

Om du har läst något som du vill bringa läsekretsen, kontakta Mats Eliasson, medicinsk redaktör för evidensbaserad medicin:

Mats.Eliasson@nl.se
eller 070-513 02 93.

COX-2-hämmare summerade

Introduktionen av COX-2-hämmare har väckt stora förhoppningar om effektiv smärtlindring med mindre biverkningar än med NSAID-preparat, men de höga priserna för de nya preparaten celecoxib och rofecoxib stämmer till eftertanke. Landets läkemedelskommitteer har en grannlaga uppgift att formulera behandlingsrekommendationer, men nu rycker den brittiska EBM-tidskriften Bandolier ut för att hjälpa till. I en extensiv systematisk översikt granskar man flertalet kliniska aspekter på COX-2-hämning och inkluderar även av tillverkarna tillhandahållet, men ej publicerat, material.

Effekten på akut smärta har jämförts med ibuprofen (400 mg) i tre kontrollerade studier för rofecoxib (50 mg) och en för celecoxib (200 mg). Antalet pa-

tienter som behövde behandlas för att en patient skulle uppnå minst 50 procents smärtlindring, »number-needed-to-treat», NNT, var 1,9 för rofecoxib, 2,8 för celecoxib och 2,1 för ibuprofen.

Motsvarande siffror för paracetamol/kodein (1 000/60 mg) är 1,9; paracetamol (1 000 mg) 4,6; acetylsalicylsyra (650 mg) 4,4 och tramadol (100 mg) 4,8. COX-2-hämmare kan alltså anses likvärdiga med i dag bästa tillgängliga alternativ för akut smärta. Vid dysmenorré var rofecoxib likvärdigt med naproxen.

Båda preparaten har en effekt utöver placebo vid behandling av knäledsartros. Vid reumatoid artrit har de också en effekt jämfört med placebo och av samma storlek som naproxen respektive diklofenak. Notabelt är att hela 30