

*Ett exempel från kliniken:  
Man 55 år med diabetes och  
nykter alkoholist sedan fyra  
år inkommer till ett stort  
sjukhus på grund av en  
hjärtinfarkt. På hjärtkliniken  
träffar mannen en dietist, en  
sjuksköterska och en läkare  
som alla uppmanar honom  
att ta ett par glas vin om da-  
gen. Tack och lov hade  
mannen humor och såg det  
ironiska i situationen.*

ket hotar att öka, inte minst bland många yngre människor. Hur många års uppskjutna hjärt-kärlproblem i 60–70-årsåldern krävs för att uppväga tio barns lidande i alkoholistfamiljer? Eller 20 trafikdödade ungdomar? Eller 100 misshandlade kvinnor? Eller 1 000 skilsmässor?

#### **Sluta med den onyanserade propagandan**

Våra läkarstuderande bör få korrekt kunskap i viktiga frågor. Om bevisen för att en viss daglig alkoholkonsumtion minskar risken för hjärt-kärlsjukdom i högre åldrar är övertygande bör detta ingå i undervisningen, men balanserat av samtidig undervisning om alkoholens medicinska, psykologiska och sociala skador.

Om kunskapen om alkoholens nytta anses väl belagd och läkare anser att kostråd, motionsråd och tillgängliga läkemedel inte räcker utan känner sig manade att rekommendera dagligt alkoholbruk för att minska hjärt-kärlsjukdom i högre åldrar bör sådan rekommendation ges riktad till den riskgrupp det berör, samtidigt som man tydliggör risken för alkoholberoende och andra negativa biverkningar.

Men sluta med omdömeslös, onyanserad propaganda för nyttan med dagligt alkoholintag!•

## Nabumeton ett alternativ

Eftersom enda skälet att välja en coxib i stället för en vanlig NSAID är mag-tarmproblemet finns det all anledning för både läkemedelskommittéer och förskrivare att uppmärksamma alternativet nabumeton.

ARNE MELANDER  
professor i läkemedelsepidemiologi,  
chef för Stiftelsen NEPI  
arne.melander@nepi.net

■ Krister Gréen har i Läkartidningen påpekat paracetamols potentiellt negativa effekter på blodkärl, dels i 17/2001 (sidan 2099), dels i 11/2003 (sidorna 966-8), där han jämförde paracetamols problem med coxibernas. Aly och Oliw gjorde en kommentar i samma nummer.

#### **Nyckeln till coxibernas framgång**

Coxibernas anmärkningsvärda kommersiella framgång betingas av uppfattningen att de genom sin selektiva hämning av COX-2 är mindre ulcerogena än konventionella NSAID, som hämmar både COX-1 och COX-2. Coxibernas problem är dels en viss tveksamhet om hur mycket snällare mot magen de är i praktiken, dels att coxiber genom den selektiva COX-2-hämningen minskar produktionen av antitrombotiskt prostacyclin utan att detta motverkas av via COX-1-hämning minskad produktion av protrombotiskt tromboxan. Därför kan det inte helt uteslutas att coxiber skulle främja hjärt-kärlsjukdom. Problematiken belystes i en rapport som nyligen varit ute på remiss från Socialstyrelsen.

#### **Alternativet**

Något som nästan saknats helt i diskussionen om olika icke-narkotiska analgetikas för- och nackdelar är alternativet nabumeton (Relifex). I likhet med föregångaren sulindak (Clinoril) är nabumeton en inaktiv prodrug som därför är harmlös under sin absorption i mag-tarmkanalen. Först efter passagen genom levern aktiveras nabumeton liksom sulindak till en aktiv metabolit som fungerar som en vanlig NSAID. Till skillnad från sulindak har nabumeton dock ingen leverskadande effekt.

Gängse NSAID, med acetylsalicylsyra och indometacin i spetsen, är höggradigt benägna att skada magsäcken dels genom att COX-1-hämningen leder till minskad produktion av en magsäcksskyddande prostaglandin, dels därför att denna hämning blir extremt stark i och med att NSAID är svaga syror, vilka som sådana absorberas väl i den sura ventrikelmiljön men sedan joniseras och där-

för anhopas i de syrasecnerande parietalcellerna, som på grund av syrasekretionen är alkaliska på insidan.

Anhopningen blir mycket kraftig eftersom den sker under absorptionsfasen, då hela NSAID-dosen gör sin entré i magsäcken. Detta sker ej med nabumeton annat än i de mycket mindre mängder som når magsäcken först efter det att medlet aktiverats i levern och spridits till hela kroppen via systemkretsloppet. En omfattande metaanalys har också visat att nabumeton medför en mycket låg risk för mag-tarmskador jämfört med konventionella NSAID [1].

#### **Bara på en läkemedelslista**

Enkelt uttryckt är sålunda nabumeton en NSAID med dessas gynnsamma analgetiska, antiinflammatoriska och antitrombotiska effekter, men vars mag-tarmskadande potential är minimerad. Risken för sådana skador synes vara lika låg som för coxiberna [2]. Nabumeton är därtill bara hälften så dyrt. Såvitt bekant har hittills endast en läkemedelskommitté (Sundsvall) medlet på sin lista.

Nabumeton har använts i 15 år i USA, där erfarenheten också är gynnsam, men det har inte slagit an i Sverige, förmodligen eftersom det inte marknadsförts av något av de stora resursstarka företagen utan av ett generikaföretag. Fasstexten för medlet lyckas också nästan helt dölja poängen med nabumeton.

Eftersom det enda skälet att välja en coxib i stället för en vanlig NSAID är mag-tarmproblemet finns det all anledning för både läkemedelskommittéer och förskrivare att uppmärksamma nabumeton. Det synes ha lika låg risk för magsäcksskador som coxiberna samtidigt som man inte behöver oroa sig för protrombotiska sidoeffekter. Den lägre kostnaden får man på köpet.

#### **Referenser**

1. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Gastrointestinal safety profile of nabumetone: a meta-analysis. *Amer J Med* 1999;107:55S-64S.
2. Truitt KE, Sperling RS, Ettinger WH Jr, Greenwald M, DeTora L, Zeng Q, et al. Phase III Rofecoxib Geriatric Study Group. A multicenter, randomized, controlled trial to evaluate the safety profile, tolerability, and efficacy of rofecoxib in advanced elderly patients with osteoarthritis. *Aging (Milano)* 2001;13:112-21.

# Tvärvetenskaplig samhällsorienterad analys behövs av »ohälsans paradox«

Den »explosionsartade« ökningen av sjukfrånvaron sedan 1997 kan inte förklaras med hänvisning till försämrad folkhälsa, som tvärtom i stort förbättrats under 1990-talet. För att förstå ohälsans och sjukfrånvarons orsaker behövs också samhällsorienterade analyser.

P OWE PETERSSON

med dr, Uddevalla; tidigare chef för den hälsopolitiska avdelningen vid WHO's Europakontor, Köpenhamn  
p.owe.petersson@telia.com

II Förändrade sjukersättningssystem i slutet av 1990-talet tycks verkligen ha satt spår i ohälsostatistikens kurvor och diagram! Detta återspeglas och diskuteras i en nyutkommen och utmärkt rapport från Socialstyrelsen, »Folkhälsa och sociala förhållanden 2002«.

## Ökade inkomstskillnader

Kortfattat kan följande utläsas.

- Arbetslösheten har gått ner från 8 till 4 procent under det senaste årtiondet, medan sjukskrivningarna ökat dramatiskt sedan 1997!
- Inkomstskillnaderna ökar; även om de fattiga har blivit mindre fattiga har de rika blivit betydligt rikare.
- Sju procent av befolkningen är fattiga, dvs med inkomst under socialbidragsnormen, och totalt sett är 20 procent av befolkningen i en social-ekonomiskt utsatt situation! Högre siffror nu än i början av 1990-talet.
- Ensamstående föräldrar med barn, ungdomar och nyanlända invandrare är grupper som blivit fattigare under 1990-talet beroende på svårigheter på arbetsmarknaden. Trots detta lever färre barn i familjer med ekonomiska problem eller har arbetslösa föräldrar!
- Livslängden har ökat; männens livslängd, som nu är 77,6, ökar fortare än kvinnornas, som är 82,1 år.
- Om den allmänna hälsoutvecklingen under 1990-talet varit positiv för äldre medelålders och äldre så har den varit mindre gynnsam för yngre medelålders och unga, särskilt för kvinnor. Här har försämrat hälsotillstånd med trötthet, sömnbesvär, oro och ångest ökat markant sedan 1997!
- Att människor, generellt sett, fått en förbättrad ekonomi och att arbetslösheten minskar har inte avspeglats i förbättrad psykisk hälsa, vilket man kunde ha förväntat sig. Tvärtom har

detta resulterat i en explosionsartad ökning av sjukskrivningarna sedan 1997!

- Rapporten ger inte belägg för att försämrad folkhälsa orsakar den ökande sjukfrånvaron! Bortåt en tredjedel av denna ökning beror på att andelen äldre i arbetsför ålder ökat!
- Arbetsrelaterad ohälsa har ökat – den ekonomiska utvecklingen har medfört personalneddragningar med kärvara psykosocial arbetsmiljö som följd! Lågavlönade kvinnor, vanligen lågutbildade, som inte kan påverka arbetet och de stegrande kraven, är värst drabbade.
- Levnadsvanorna har förändrats. Särskilt ungdomars alkohol- och drogvanor inger allvarlig oro. Däremot har rökningen minskat, mera hos män än hos kvinnor; år 2001 var 17 procent av männen och 20 procent av kvinnorna dagligrökare. Alkoholkonsumtionen har ökat till 9,1 liter ren alkohol per år för personer över 15 års ålder – en ökning med 1 liter jämfört med 1996!
- Övervikt och fetma, numera ett verkligt folkhälsoproblem, ökar i alla åldrar – också bland barn och ungdomar!
- Under 1990-talet har »folkhälsan i stort« inte försämrats och kan således inte göras ansvarig för att sjukfrånvaron ökat »explosionsartat« just efter 1997!

## Förklaringar till ökade sjukfrånvaron

Så långt rapporten. Hur skall man då förklara denna plötsliga ökning av sjukfrånvaron? Både nationell och internationell erfarenhet talar för att förändringar av levnadsförhållanden och i livsstil – på sikt – kan förändra befolkningens hälsoläge.

Men sådant sker inte runt ett årsskifte! Utvecklingen ger intryck av förändrat hälsorelaterat beteende i kombination med förändrat konsumtionsmönster av samhälleliga nyttigheter. Ohälsan, liksom sjukfrånvaron, synes öka i takt med ökad individuell social sårbarhet och minskad arbetsrelaterad stresstolerans – och i takt med ökad ersättnings-

nivå! Följden blev generellt accepterade, ökade möjligheter att genom sjukskrivning »medikaliserar« psykosociala, individuella tillstånd som kanske mer var förorsakade av den enskildes levnadsförhållanden än av arbetsituationen.

Och detta – som till att börja med verkade bra för alla – har man nu efter hand, sedan det politiska systemet insett de socialekonomiska konsekvenserna, tvingats till att diskutera för att försöka finna begränsande åtgärder!

## Arbetet inte ensam bov

Man har inte haft något riktigt bra namn på det vi i dagligt tal kallar »utbrändhet«. Arbetsrelaterat uttröttningsyndrom antyder dock arbetet som starkt bidragande orsak. Men det är nog inte hela sanningen som det verkar – även om det ger möjligheter att visa aktivitet och att gå in med åtgärder i arbetsstrukturer och arbetsprocesser!

Detta kan medföra risk för »socialpolitiserings« av olika psykosomatiska och psykosociala tillstånd som inte alltid är enbart arbetsmiljörelaterade. Ofta krävs andra, mer individuell utformade rehabiliterande och stödjande åtgärder för att komma till rätta med den enskildes ohälsa och sjukfrånvaro.

## Tvärvetenskaplig belysning behövs

Det vore därför säkert värdefullt att få ohälsans och sjukfrånvarons orsaker belysta också av samhällsorienterade tvärvetenskapliga verksamhetsföreträdare! Hur skall man annars komma till rätta med »nutidsparadoxen« som den framställs i rapporten; när arbetslösheten går ner, folkhälsan i stort sett blivit bättre liksom ekonomin – just då skenar sjukskrivningarna iväg som aldrig förr i ett land med, i stort sett, den bästa arbetsmiljön och med strukturer för påverkan, sedan över 20 år, via Medbestämmandelagen (MBL)?

Förhoppningsvis kan fortsatta analyser av rapporten och dess nu så aktuella bakgrundsmaterial också ge stöd och hjälp på lokal och regional nivå för kommande hälsofrämjande insatser i linje med föreslagna folkhälsomål.

## Referens

1. Folkhälsa och sociala förhållanden, lägesrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.