

Patientutbildning kostnadseffektiv vid irriterade tarmens syndrom – men räcker det?

Irriterade tarmens syndrom (irritable bowel syndrome, IBS) har en prevalens på upp till 15 procent. 25 procent av de drabbade söker läkare, främst i primärvården, men genererar ändå upp till 40 procent av konsultationerna hos gastroenterologspecialister. Lidandet hos de sökande är fullt jämförbart med det vid t ex kronisk njursvikt. Kostnaderna för sjukvård, arbetsoförmåga och läkemedel har beräknats till 41 miljarder dollar per år i världens åtta mest industrialiserade länder.

Patofysiologin är okänd och diagnostiska test saknas. Däremot finns diagnoskriterier; de senaste fastställda är Rom II-kriterierna. En fördel med kriterier är att de möjliggör tidig positiv preliminär-diagnos i stället för sen utslutningsdiagnos. I avsaknad av specifik behandling finns dock symtomlindrande behandling av olika slag, men patienternas egna upplevelser av bristande vård är omvitnad [Eur J Gastroenterol Hepatol. 2000;12:39-43]. Bristen torde väsentligen bestå i ett jättelikt informationsunderskott.

Av stort intresse är därför en brittisk studie, publicerad i Gut, av Robinson och medarbetare. Från 54 primärvårdsmottagningar rekryterades sammanlagt 420 patienter med diagnosen IBS. De randomiserades till två särskilda insatser utöver aktuellt omhändertagande. Grupp ett erhöll skriftlig patientvägledning baserad på patienterfarenheter. Grupp två erbjöds dessutom deltagande i ett patientgruppsmöte för ömsesidigt erfarenhetsutbyte och grupp tre erbjöds ingetdera (kontrollgrupp).

Endast 38 procent av de 420 uppfyllde Rom II-kriterierna. Primära effektmått var sjukvårdskonsumtion i primärvården under ett år samt i slutet av detta:

självskattning av och förändringar i allmäntillstånd. Sekundära effektmått var bl a sjukvårdskostnader. Grupp ett hade under studieåret signifikant minskat primärvårdskontakterna, med 60 procent jämfört med kontrollgruppen. Deltagandet i patientgruppsmötet tillförde dock inget ytterligare, och mer än hälften uteblev. Sjukvårdskostnaderna per patient minskade signifikant, med 40 procent hos interventionsgruppen (ett) jämfört med kontrollgruppen (tre) utan någon ytterligare minskning i grupp två. Uppfyllande av Rom II-kriterierna modifierade inte resultaten.

Studien är oss veterligt den första som visar att en patientutbildningsinsats vid IBS minskar sjukvårdskonsumtion och -kostnad. Symtombörda, livskvalitet och självupplevd hälsa ändrades dock inte på ett signifikant sätt av interventionerna även om positiva trender fanns. Vidare ifrågasätter studien åter relevansen av Rom II-kriterierna [Scand J Gastroenterol 2004;39:448-53].

Studien bedömer vi som mycket viktig, särskilt som den genererar flera frågor. Intervention i form av ett informationshäfte är en begränsad och billig insats med tanke på den påtagliga vinsten för sjukvården. Men vad specifikt innehöll det? Kunde det ha utformats mer optimalt för erhållande av mätbara patientfördelar? Interventionen med ett gruppsmötesdeltagande förefaller dessutom att ha varit suboptimal, eftersom mer än hälften uteblev. Denna intervention borde ha ersatts med ett deltagande i en regelrätt IBS-skola (utan erhållande av informationshäfte), planerad och genomförd på ett systematiskt sätt. Detta är visserligen en väsentligt dyrare interven-

tion, men den är dock redan praktiserad [Am J Gastroenterol. 1998;93:901-5] om än ännu inte systematiskt utvärderad. Den fokuserar mer på de individuella patienterna än på vårdapparatens interaktion med dessa.

Vi har vid Capio S:t Görans sjukhus bedrivit en IBS-skola sedan 2002. Ett lärarteam bestående av gastroenterolog, gastrojuksköterska, smärtiläkare, dietist, sjukgymnast och kurator har ansvarat för schemalagd undervisning till en patientgrupp om åtta personer, som själva samtidigt har förväntats delta aktivt genom att utbyta erfarenheter och diskutera med grupphandledaren/läraren.

Patienterna har utgjort en selekterad grupp bestående av sådana med uttalade besvär men som också har bedömts kunna tillgodogöra sig denna form av gruppaktivitet. Någon kontrollerad utvärdering har inte skett. En av oss (LT) har analyserat uppföljningssamtal 2–3 månader efter avslutad skola med 20 av de senaste deltagarna. 15 mådde psykiskt bättre, vilket visade sig vara viktigare för känslan av kontroll och minskat vårdbehov än ökat fysiskt välbefinnande, som bara uppnåddes av 10. Utfallet har övertygat oss om att vi bör fortsätta att utveckla denna form av omhändertagande för de IBS-patienter som vi bedömer har störst nytta av den.

Lotty Thofelt

gastrojuksköterska

Daniel Schmidt

docent, överläkare, Gastrocentrum, Capio S:t Görans sjukhus, Stockholm

Robinson A, et al. A randomised controlled trial of self-help interventions in patients with a primary care diagnosis of irritable bowel syndrome. Gut. 2006;55:643-8.

Kombinationsbehandling bäst vid panikångest

Panikångest beräknas drabba upp till 5 procent av befolkningen någon gång i livet. Tillståndet, som kan vara oerhört handikappande och sänka livskvaliteten avsevärt, diagnostiseras många gånger inte ordentligt. En grupp amerikanska forskare lyfter i en artikel, presenterad i Lancet, fram kombinationsbehandling med farmaka och beteendeterapi som det bästa sättet att hjälpa drabbade.

SSRI-preparat (selektiva serotoninåterupptagshämmare) är den farmakologiska behandling som oftast används

och som är mest studerad. Efter att ha genomfört en metaanalys, omfattande 21 studier av panikångest, konstaterar forskarna att behandling med SSRI i kombination med beteendeterapi eller kognitiv beteendeterapi är betydligt mer effektiv än bara farmakologisk behandling med SSRI. Resultaten visar också att effekten efter avslutad behandling var klart bättre hos de patienter som fått både farmakologisk och terapeutisk behandling än hos dem som fått enbart farmaka. Däremot var effekten efter avslutad behandling

likvärdig i gruppen som fått kombinationsbehandling jämfört med gruppen som fått enbart terapeutisk behandling. Det är känt att faktorer som rökning ökar risken för att drabbas av panikångest, men patofysiologin bakom panikångest är ofullständigt känd, skriver forskarna vidare.

Anders Hansen

AT-läkare, Stockholm
anders.hansen@sciencecap.se

Lancet. 2006;368:1023-32.