

Slutreplik 1:

En utmaning för försäkringsläkarna

II Diskussionen om försäkringsläkarnas roll och om sjukskrivningar har handlat om två olika frågor. Den ena rör försäkringsläkarnas agerande om en enskild sjukskriven. »Individuell analys av varje persons livssituation är nödvändig«, skriver Bo Mikaelsson. I detta är vi helt ense. Men det är en annorlunda bedömning än att via några korta TV-sekvenser uttala att en person är arbetsför, mår kliniskt bra och dessutom har det dåliga omdömet att uppträda utstuderat och utmanande. Debatten har snarast ökat frågetecknen om försäkringsläkarnas professionella förhållningssätt.

Den andra och kanske viktigare frågan rör läkarnas samhällsansvar. Budskapet vi måste lyssna till är att samverkan mellan arbetsmarknad, försäkringskassa och sjukvård inte fungerar. Budbärarna är de många långtidssjukskrivna och förtidspensionerade med uttrötta hjärnor och nedslitna stressregleringsystem. Ska vi inrikta oss på att skjuta budbärarna, alltså öka kontrollen på de individuella, drabbade fallen?

Mitt förslag är: Gör något åt hela systemet. Tänk om vi hade ett arbetsliv som flexibelt kunde ta hänsyn till människors olika prestationsförmåga i olika situationer och skeden i livet. Tänk om försäkringskassan på allvar tog itu med rehabiliteringen, om varje sjukskrivningsperiod längre än några veckor kunde användas konstruktivt och flexibelt i samråd mellan behandlande läkare, patient och arbetsplats med stöd och förståelse, inte hot och ifrågasättande, från försäkringskassan.

Vore inte det en utmaning för försäkringsläkarna att på ett konstruktivt sätt använda sina erfarenheter i ett spännande förändringsarbete att få en både mer effektiv och mer human användning av gemensamma resurser?

Sven Larsson

specialist i socialmedicin, Örebro
sven.larsson@orebroll.se

Slutreplik 2:

Lite ödmjukhet, tack

II Jag vidhåller fortfarande att försäkringskasseläkarna inte gav uttryck för ett »tvivel« utan gjorde ett påstående rätt av. Som sagt, lite mer ödmjukhet skulle inte skada ...

Ingegerd Wahl

psykiater, gestaltterapeut, Falun
iwahl@milsbo.se

Komplettering angående spironolakton och eplerenon (Inspra) vid hjärtsvikt

II I Läkartidningen 22/2005 diskuterar Rickard Malmström och Paul Hjemdahl indikationer och användande av spironolakton respektive eplerenon (Inspra) vid hjärtsvikt (NYHA III-IV) [1]. De uppmärksammar de just publicerade riktlinjerna från Europeiska Kardiologföreningen [2], där en rekommendation finns om behandling med Aldosteronantagonism med endera spironolakton eller eplerenon som tillägg vid svår hjärtsvikt.

Indikationen för eplerenon

Det är glädjande att dessa riktlinjer refereras i Läkartidningen inom 14 dagar efter sin publicering på Internet och innan de ens kommit i den tryckta versionen. Läkartidningen är verkligen aktuell! Det finns dock anledning att uppmärksamma hur indikationen för eplerenon rekommenderas. I det europeiska dokumentet står: »Aldosteronantagonister rekommenderas som tillägg till ACE-hämmare och betablockerare vid hjärtsvikt efter hjärtinfarkt med systolisk vänsterkamrardysfunktion och tecken på hjärtsvikt eller diabetes för att minska dödlighet eller sjuklighet.«

Underlaget för denna rekommendation är EPHEsus-studien [3]. Denna finns refererad i referens [2], men är där inte närmare diskuterad. Däremot är studien noggrant uppmärksammat i det mer fullständiga dokumentet [4] som är tillgängligt på ESCs hemsida <www.escardio.org>.

Skillnader i dokumentation

Huruvida fynd från ett preparat kan vidgas till en hel läkemedelsklass är okänt. Därför behöver rekommendationer i kliniken tolkas mer pragmatiskt så att man faktiskt utgår från det dokumenterade underlaget. Vi vet att alla betablockera-

re inte är likvärdiga vid hjärtsvikt och detta finns uppmärksammat i ESCs riktlinjer mot bakgrund av jämförande studier. Eftersom motsvarande studier inte finns för aldosteronantagonister, vilket också uppmärksammas av Malmström och Hjemdahl, är det rimligt att framhålla skillnaden i dokumentation för spironolakton respektive eplerenon liksom deras motsvarande användningsområden. Eplerenon, men inte spironolakton, är således dokumenterat vid svikt efter hjärtinfarkt men inte vid svår hjärtsvikt, medan det är tvärtom för aldakton.

Behandlingsvinster

Neurohormonell antagonism vid hjärtsvikt har medfört betydande behandlingsvinster inte minst för patienterna. Kunskapen om korrekt evidensbaserad behandling behöver spridas. Därför är Malmströms och Hjemdahls inlägg viktigt, men behöver således en viss komplettering enligt ovan.

Karl Swedberg

professor, överläkare, medicin, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
karl.swedberg@hjl.gu.se

Referenser

1. Malmström R, Hjemdahl P. LFNs värdering av Inspra illustrerar behovet av läkemedelskommittéer! Läkartidningen 2005;102:1751-2.
2. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005;26:1115-40.
3. Pitt B, Remme W, Zannad F, Neaton J, Martinez F, Roniker B, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003;348:1309-21.
4. <http://www.escardio.org/NR/rdonlyres/8A2848B4-5DEB-41B9-9A0A-5B5A90494B64/0/CHFFFull-Texteh1205FVFW170505.pdf>

Öppen bräckkirurgi står sig väl kvalitativt och är gynnsammare ekonomiskt

II Titeln på ett kort referat av en artikel [1] kan alltid diskuteras och beslutas ofta av tidningen. Så skedde beträffande det inlägg som Bengt Novik refererar till i LT 22/2005 (sidan 1758). Mitt eget förslag var »Öppen eller laparoskopisk bräckoperation – hur mår patienterna fem år efteråt?« Dock har jag inget att invända mot Läkartidningens rubrik (»Öppen eller laparoskopisk bräckoperation:

Efter fem år mår patienterna ungefär lika bra«).

Skillnaderna är små

Skillnaderna mellan öppen och laparoskopisk bräckoperation är efter fem år mycket små. Av 282 efterundersökta laparoskopiskt opererade patienter upplevde 51 någon form av smärta vid fem-årskontroll. Motsvarande andel för öp-