

kärlsjukdom och ledsjukdom behöver vi mer kunskap och studier om vilken behandling som är lämpligast för olika patientgrupper. Vid båda tillstånden bidrar inflammation till sjukdomsutvecklingen. Hämmning av inflammationsaktiviteten har också visat sig förbättra båda tillstånden.

I ett 20-tal år har vår forskargrupp deltagit i utvecklingen av kunskaperna kring effekterna av blodpropps- och inflammationshämmande läkemedel vid hjärt-kärlsjukdom som t ex ASA, vilket är en kombinerad COX-1- och COX-2-hämmare. Vi har också under lång tid arbetat för och föreslagit flera läkemedelsföretag särskilda studier av effekter på hjärt-kärlsjukdom av direkt inflammationshämmande läkemedel som t ex COX-2-hämmare.

Sedan något år samarbetar vi med flera internationella forskargrupper om ett förslag på studier omfattande många tusen patienter vilka, med sponsring av Pfizer, skulle kunna klarlägga om COX-2-hämmning med celecoxib eller NSAID-läkemedel eller rena analgetika är den bästa behandlingen vid en kombination av atrit-artros och hjärt-kärlsjukdom avseende inte bara risken för stroke-hjärtinfarkt-död utan också livskvalitet och hälsoekonomi.

Vår uppfattning är att det snabbaste sättet att ta fram denna kunskap är genom ett fortsatt förtroendefullt, välreglerat, offentligt reviderat, öppet och respektfullt samarbete mellan kliniska forskare och läkemedelsindustrin i enlighet med avtalet mellan Läkemedelsindustriföreningen (LIF) och Representantföreningen för utländska farmaceutiska industrier (RUFİ).

Avslutning

Som avslutning vill jag upprepa mitt ytterande från oktober 2004 vilket, med smärre modifikationer efter de senaste månadernas nytillkomna kunskaper (kursiverade), ändå fortfarande förefaller mig ganska adekvat:

»Risken för hjärt-kärlkomplikationer vid behandling med coxiber har diskuterats intensivt under de senaste åren. På grundval av ett flertal nytillkomna studier framstår det klart att coxibernas hjärt-kärlsäkerhet inte *enbart* kan betraktas som en effekt av läkemedelsklassen coxiber utan måste bedömas för varje läkemedel för sig. De nytillkomna studierna stöder misstankarna om en ökad risk för hjärt-kärlhändelser vid *långvarig* behandling med *höga doser* rofecoxib och celecoxib. Däremot visar studierna ingen ökad risk för hjärt-kärlhändelser vid behandling med *ordinära doser* av celecoxib. Studierna indikerar i stället en lägre risk för hjärt-kärlhändelser

med celecoxib än rofecoxib och andra NSAID preparat. Det finns till och med underlag för en hypotes att den inflammationshämmande effekten av *ordinära doser* celecoxib skulle kunna ha en skyddande effekt mot hjärt-kärlhändelser *jämfört med NSAID-preparat*. För att veta om denna hypotes är sann krävs dock prospektiva randomiserade studier *av hjärt-kärleffekterna av ordinära doser celecoxib och NSAID preparat*, vilket också är under planering.«

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Medlem av den internationella ledningsgruppen för 4C-studien, som är en föreslagen placebokontrollerad läkemedelsprövning av celecoxib och NSAID-preparat avseende hjärt-kärlsäkerhet med sponsring av Pfizer. Forskningsbidrag från flera olika läkemedelsföretag till flera olika forskningsgrupper vid Uppsala kliniska forskningscentrum.

Referenser

1. Solomon SD, McMurray JJ, Pfeffer MA, Wittes J, Fowler R, Finn P, et al. Cardiovascular risk associated with celecoxib in a clinical trial for colorectal adenoma prevention. N Engl J Med. 2005 Feb 15; [Epub ahead of print]. <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/NEJMoa050405v1>
2. Bresalier RS, Sandler RS, Quan H, Bolognese JA, Oxenius B, Horgan K, et al. Cardiovascular events associated with rofecoxib in a colorectal adenoma chemoprevention trial. N Engl J Med. 2005 Feb 15; [Epub ahead of print]. <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/NEJMoa050493v1>
3. Nussmeier NA, Whelton AA, Brown MT, Langford RM, Hoelt A, Parlow JL, et al. Complications of the COX-2 inhibitors parecoxib and valdecoxib after cardiac surgery. N Engl J Med. 2005 Feb 15; [Epub ahead of print]. <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/NEJMoa050330v1>
4. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B, et al; VIGOR Study Group. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. N Engl J Med. 2000;343:1520-8.
5. Graham DJ, Campen D, Hui R, Spence M, Cheetham C, Levy G, et al. Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclooxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study. Lancet. 2005;365:475-81.
6. Levesque LE, Brophy JM, Zhang B. The risk for myocardial infarction with cyclooxygenase-2 inhibitors: A population study of elderly adults. Ann Intern Med. 2005 Feb 8; [Epub ahead of print]. <http://www.annals.org/cgi/content/full/0000605-200504050-00113v1>
7. Kimmel SE, Berlin JA, Reilly M, Jaskowiak J, Kishel L, Chittams J, et al. Patients exposed to rofecoxib and celecoxib have different odds of nonfatal myocardial infarction. Ann Intern Med. 2005;142:157-64.
8. EMEA/62838/2005
9. FDA. <http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2005/NEW01151.html>

Matlåda någon?

|| Väldigt få som spridit mantrat om att 9 av 10 sjuka kvinnor förlorar på att arbeta har följt sedvanliga journalistiska principer för forskningsgranskning när man utifrån olika ideologier kommenterat valda slutsatser.

Någonting måste vara fel, tänkte undertecknad. Mitt kära Karolinska institut får inte användas för vulgärideologisk propaganda. Inspirerad av Janne Josefsons variant på Balkanbuskvis – den orädda jakten på jugoslaviska gummor i otäcka byar – skummade jag rapporten med tropikhatt och skottsäker väst på.

Upplägget är en kvantitativ, enkätbaserad fall-kontrollstudie. Enkäter skickades till huvudsakligen lågavlönade kvinnor i åldrarna 30–55 år i fem län. Fallgrupp efter bortfall 231 långtidssjukskrivna, kontrollgrupp 194 friska.

Trots andra intressanta observationer på det begränsade materialet har privatekonomin dominerat medierapporteringen: Hur kan det bli förlust av arbete?

Efter skatt är genomsnittligt självrapporterad medianlön 10 368 kr, och sjukpenning plus avtalsförsäkring 9 550 kr.

Sedan antas följande:

1. Arbetande betalar lunch ute enligt Konsumentverkets schablon (1 320 kr/månad, eller 66 kr per dag vid 20 arbetsdagar).
2. Arbetande betalar efter ett felaktigt

Studien, presenterad i form av en debattartikel i Dagens Nyheter, fick stort massmedialt genomslag, inklusive pressmeddelande från Karolinska institutet.

beräknat skatteavdrag 420 kr/månad för kollektivtrafik.

3. Sjukskrivna har inga transportgifter och ägnar sig åt att laga lunch i hemmet till en kostnad av 250 kr/månad.

Netto blir kostnaden för att arbeta (sic!) 1 490 kr. Alltså förlorar 90 procent av kvinnorna i »studien« på att arbeta.

Frågor

Vi som träffar verklighetens Susannor, Gun-Britt och Pernillor på avdelningar, sjukhem, dagis osv kliar oss i huvudet:

Hur många lågavlönade äter Dagens lunch för 66 kronor?

Ska långtidssjukskrivna antas vara så dåliga att de inte kan lämna hemmet? Som läkare skulle man i så fall kanske överväga sjukhusinläggning.

Finns det inga kostnader för att vara sjuk? Hälsovård, mediciner, missad löneutveckling, övertid och ob-tillägg med mera.

Har inga journalister eller DN-debattredaktörer hört talas om matlåda?

Det finns säkert inlåsnings effekter i välfärdssystemen. Rimliga angreppspunkter borde vara t ex den heliga åtta-

timmarsdagen, låga kvinnolöner och patriarkala familjestrukturer.

Daniel Håkansson

med kand, T11, Karolinska institutet
hakansson@come.to

PS. Den icke granskade, icke publicerade rapporten finns på <<http://www.sjukskrivning.nu>>. Där återfinns även KIs logotyp trots att KI inte har med detta att göra [1]. DS.

Referens

1. http://info.ki.se/article_se.html?ID=3092

Replik:

Studien uppfyller alla krav på forskningsetisk granskning

II Daniel Håkanssons inlägg bygger på en del rena missuppfattningar kring vår studie om bakgrunden till svenska kvinnors långa sjukskrivningar. Studien har utförts på ett slumpmässigt urval av 300 långtidssjukskrivna och 300 icke sjukskrivna kvinnor i åldrarna 30–55 år i fem län. Urvalet har alltså inte gjorts bland lågavlönade, utan är representativt för den kvinnliga befolkningen i stort – utanför de rena storstäderna.

Våra resultat

Genom att jämföra de sjukskrivna kvinnorna med de icke sjukskrivna har vi kunnat peka på fyra huvudsakliga faktorer som orsakat den ökade långtidssjukskrivningen bland kvinnor. De är:

1. Bristande närvaro på arbetsplatsen. De sjukskrivna kvinnorna har i större utsträckning haft huvudansvaret för barnen, de har fler barn och har i större utsträckning arbetat deltid under fler år. Det har inneburit att de tappat i kompetens och inte trivs på jobbet.
2. En sjukvård som inte är tillgänglig. Hälften av kvinnorna står i kö för utredning och har gjort det länge, och

många kvinnor är inte utredda över huvud taget.

3. Inlåsnings – som innebär att de sjukskrivna kvinnorna i mindre utsträckning varit rörliga på arbetsmarknaden och att de har få upplevda eller reella möjligheter att byta jobb.
4. Att de ekonomiska incitamenten till arbete saknas. Vi har då räknat med de merkostnader som kan uppstå just på grund av att man arbetar, i huvudsak lunch, t ex i personalmatsal, och kostnader för transporter till och från jobbet. Kostnaderna är beräknade utifrån Konsumentverkets normer. Merkostnaderna för att äta lunch ute jämfört med hemma är då 1 070 kr, eller 48,60 kr per dag, räknat på 22 arbetsdagar per månad. Transportkostnaderna har lågt beräknats till 420 kr per månad, alltså sammanlagt 1 490 kr för att arbeta.

Detta innebär att 90 procent av alla sjukskrivna kvinnor förlorar på att arbeta. Även om man tar bort transportkostnaden förlorar de flesta kvinnorna på att arbeta.

Studien uppfyller alla krav på forskningsetisk granskning. Materialet är av den omfattningen att de statistiska analyserna har kunnats utföras korrekt och med sedvanlig stratifiering för kontroll av störfaktorer som ålder och yrke. Undersökningen har genomförts av en forskargrupp som varit avlönad av Karolinska institutet och finns att hämta på institutionens webbplats: <<http://www.phs.ki.se/occupmed>>.

Monica Renstig

civilekonom, karriärrådgivare,
Women's Business Research Institute
(Wombri), Stockholm
monica.renstig@wbs.se

Hélène Sandmark

med dr, ergonom, institutionen
för folkhälsovetenskap,
avdelningen för yrkesmedicin,
Karolinska institutet, Stockholm;
universitetslektor vid Örebro universitet

ANNONS