

Diabetes i Laxå under 30 år: hög prevalens, stabil incidens

De senaste årtiondena har det kommit flera studier som visat på en ökad diabetesprevalens, både i Europa och i övriga världen. Studier i Sverige har visat på varierande resultat. Väldesignade långtidsincidensstudier finns inte.

I den aktuella studien rapporterar vi om prevalensen och incidensen av diabetes i Laxå mellan 1972 och 2001 – en totalundersökning över tid [1]. Ett diabetesregister skapades 1972 baserat på uppgifter från journaler på vårdcentralen, en privatläkare i Laxå och närbelägna sjukhus (Karlskoga och Örebro). Dessutom startades en opportunistisk screening 1983, som inkluderade 85 procent av invånarna i åldern 35–79 år.

Totalt upptäcktes 776 nya fall av diabetes: 36 typ 1-diabetes och 740 typ 2-diabetes. Den åldersstandardiserade incidensen för typ 1- och typ 2-diabetes var 0,15 respektive 3,03 fall per 1 000 invånare. Ingen incidensökning över tid upptäcktes. Den åldersstandardiserade prevalensen för kvinnor respektive män ökade från 28,3 och 25,9 per 1 000 invånare 1972 till 45 respektive 46,3 per 1 000 invånare 1988 ($P < 0,0001$), därefter föll prevalensen till i medeltal 43,5 per 1 000 invånare för kvinnor, medan män hade ett medeltal på 44,9 per 1 000

invånare för resten av studieperioden. Diabetesprevalensen i Laxå är hög men har inte ökat mellan 1988 och 2001. Incidensen var relativt stabil över hela 30-årsperioden.

Våra prevalenstal stämmer väl med dem i angränsande län, vilket kan ses i en nyligen presenterad avhandling från Skaraborg [2]. I MONICA-studien från Norrbotten och Västerbotten är prevalensen något lägre, men i likhet med fynden i vår studie ses ingen ökning över tid [3]. Det finns nu tre studier i Sverige som inte visar på någon prevalensökning, till skillnad från situationen i många andra länder i världen.

Stefan Jansson

distriktsläkare, Laxå vårdcentral, doktorand, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, och institutionen för klinisk medicin, Örebro universitet

1. Jansson SP, et al. Prevalence and incidence rate of diabetes mellitus in a Swedish community during 30 years of follow-up. *Diabetologia*. 2007;50(4):703-10.
2. Berger B. Epidemiology of diabetes in a well defined population in Sweden: the Skaraborg Diabetes Registry [dissertation]. Malmö: Lunds universitet; 2006.
3. Eliasson M, et al. No increase in the prevalence of known diabetes between 1986 and 1999 in subjects 25–64 years of age in northern Sweden. *Diabet Med*. 2002;19(10):874-80.

ASA ger inte kognitivt skydd

Acetylsalicylsyra (ASA) i låg dos ger inget skydd mot kognitiv nedsättning hos kvinnor över 65 år. Det visar en omfattande långtidsstudie från USA, som presenteras i *BMJ*. Studien omfattar 6 377 friska kvinnor som följdes under närmare tio år.

Samtliga studiedeltagare var 65 år eller äldre vid studiens början och friska. En grupp kvinnor gavs ASA i doseringen 100 mg per dag, medan resterande kvinnor fick placebo. Vartannat år genomgick deltagarna kognitiva test per telefon, där man bl a undersökte verbalt minne och generell kognitiv funktion.

Resultatet visar att ASA i låg dos inte skyddar mot vikande kognitiv funktion jämfört med placebo. Inte heller vid subgruppering, då man tittade på den grupp vars kognitiva förmåga minskat mest under den studerade tidsperioden, noterade forskarna någon skillnad mellan de ASA-behandlade och placebogruppen. I fråga om en kognitiv aspekt, benämnd »category fluency«, gav ASA dock visst skydd, visar studien, men den sammanlagda kognitiva funktionen påverkades alltså inte.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

BMJ. doi: 10.1136/bmj.39166.597836.BE

Samband mellan motorneuronsjukdom och fotboll?

Forskare från Storbritannien ska undersöka om fotbollsspelare löper ökad risk att drabbas av motorneuronsjukdom som amyotrofisk lateralskleros (ALS). Det skriver News@Nature.

Anledningen är att forskarna har identifierat tre individer i 50-årsåldern som drabbats av motorneuronsjukdom och som alla tre spelade fotboll minst två gånger i veckan. De kände dessutom varandra och drabbades inom ett par år alla av en sjukdom som årligen normalt drabbar runt en per 50 000 individer.

Visserligen kan det röra sig om en slump, säger neurologen Ammar Al-Chalabi vid King's College i London, som presenterar de tre fallen i tidskriften *Amyotrophic Lateral Sclerosis*. Sannolikheten för det är emellertid så liten att det är motiverat att gå vidare med en större epidemiologisk studie över ett stort antal fotbollsspelare.

Det är inte första gången ett samband mellan fotbollsspelande och motorneu-



Farligt nicka bollen? Eller är det bekämpningsmedel i gräset som gör fotbollsspel till en risk?

ronsjukdom diskuteras. En italiensk studie från 2005 fann att fotbollsspelare löpte sex gånger så hög risk som normal-

befolkningen att drabbas av motorneuronsjukdom. Resultatet var dock något av ett bifynd, då den italienska studien fokuserade på missbruk av anabola steroider bland fotbollsspelare.

Varför fotbollsspelare skulle löpa ökad risk för motorneuronsjukdom är inte känt. News@Nature spekulerar över att tänkbara orsaker kan vara skada på motorneuronen då fotbollsspelarna nickar bollen. Värt att notera är att två av de tre drabbade fotbollsspelarna uppgav att de aldrig nickade vid fotbollsspel. En annan teori är att exponering för bekämpningsmedel i gräs skulle kunna bidra till sjukdomsutvecklingen.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

Amyotrophic Lateral Sclerosis. doi: 10.1080/17482960701195220
News@Nature. doi: 10.1038/news070402-1

Den sociala faktorn bortglömd i studier av följsamhet till läkemedelsordination

Enorma summor läggs på preklinisk forskning, resulterande i ett läkemedel, och på marknadsföring så att medlet förskrivs. Men det sista ledet, efter att läkaren lämnat över receptet, har föga intresserat forskningssamhället. Ändå avgörs ju läkemedlets effekt av detta enkla faktum om patienten tar ordinerat piller eller inte. Det är därför värdefullt att författarna till den aktuella metaanalysen [1] samlat det lilla som finns i form av randomiserade, kontrollerade interventioner för att förbättra följsamheten vid långvarig medicinering, inte minst då tecken finns på att dålig följsamhet, kan leda till sämre behandlingsresultat och ökade vårdkostnader.

Litteraturen på området är av dålig kvalitet, och författarna ville hitta ett ramverk för att värdera olika insatser betydelse sinsemellan – med målet att den enskilde läkaren bättre ska förstå studiernas styrka och begränsningar för att slutligen identifiera de metoder som kan vara mest framgångsrika i praxis. Från en sökning utan språkrestriktioner i databaser identifierades 38 artiklar som hade minst ett mått för följsamhet, minst en variabel för klinisk effekt och med en uppföljningstid på minst sex månader. Psykiatri exkluderades.

Studierna grupperades utifrån intervention, huvudsakligen genom information, t ex gruppundervisning, beteendepåverkan (t ex system för påminnelse och familje- och social påverkan) samt kombinerad intervention med flera ingredienser ur ovanstående. Av studierna föll cirka en tredjedel var på informa-

tion, beteendepåverkan respektive kombinerad intervention. Inte hälften kunde visa förbättrad följsamhet trots ibland massiva insatser, och än färre kunde visa verkan på kliniska variabler av betydelse.

Betraktat positivt: Evidens finns för att det är möjligt att – trots svårigheter – påverka följsamhet med ibland utmärkta kliniska resultat. Författarna fann exempel på avgörande förbättringar i bl a HIV-behandling. Bäst evidens finns för beteendebaserad intervention som innebär förenklingar i dosering, t ex endos, och kombinerade interventioner med multipla element, typ övervakning och återföring, där påverkanstrycket hålls uppe över tid. Metaanalysen kan synas nedslående men speglar den sedan länge felaktiga utgångspunkten angående orsaken till att patienten inte tar sin medicin, dvs en auktoritär medicinsk värld som sett följsamhet som lydriad, compliance, och där information och teknisk manipulation ska få patienten att agera som läkaren vill. Precis som för tobaksbrukstopp är den sociala faktorn viktig för

»Så länge läkare förskriver dåligt dokumenterade läkemedel och praktiserar polyfarmaci med okända effekter, en omfattande verksamhet, är dålig följsamhet den bästa livförsäkringen.«

följsamhet i läkemedelsbehandling. Här finner författarna inte en studie att inkludera! Än värre är sjukvårdens brist på självinsikt. Forskarsamhället har hittills bortsett från att det är faktorn LÄKAREN som ultimativt är kopplad till följsamheten [2]. En god konsultation ger 75 procent följsamhet medan en dålig ger 31 [3]. Respekt för patientens åsikter, empati och andra attitydfrågor är av största betydelse för följsamhet [4].

Sålledes efterlyser jag interventionsförsök för att skapa den goda doktorn och det fina patient-läkarförhållandet, som också innebär så mycket mer än bra följsamhet. Även tänkvårt: Så länge läkare förskriver dåligt dokumenterade läkemedel och praktiserar polyfarmaci med okända effekter, en omfattande verksamhet [5, 6], är dålig följsamhet den bästa livförsäkringen.

Bengt Järhult

distriktläkare vid vårdcentralerna i Ryd och Öxnehaga, Primärvårdens FOU-enhet, Jönköping

1. Kripalani S, et al. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. A systematic review. *Arch Intern Med.* 2007;167:540-9.
2. Ihre T, redaktör. Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning. Lund: Studentlitteratur; 2005.
3. Lassen LC. Compliance i almen praksis. Köpenhamn: Institut for almen medicin; 1989.
4. Di Matteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA.* 1994;271:79-83.
5. Lindberg G, et al. Kan läkemedel förebygga ohälsa? NEPI-rapport i samverkan med Statens folkhälsoinstitut. Malmö, Stockholm: Stiftelsen NEPI, Apotekarsocieteten; 2004.
6. Uppföljning av ålders läkemedelsanvändning [rapport]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. <http://www.sos.se>

Molekylära metoder för både diagnostik och terapi av hepatit C

Hepatit C-virus (HCV) är en av de ledande orsakerna till kronisk leversjukdom. Virusinfektionen kan behandlas relativt effektivt med alfa-interferon och ribavirin. I dagläget används molekylära virologiska tekniker för att ställa diagnos men även för att följa behandlingssvaret.

I denna översiktsartikel beskrivs de tekniker som används, vilken information de kan ge och hur denna information kan hjälpa oss i behandlingen av hepatit C. Metoderna som används har hög specificitet och känslighet, som medger detektion av HCV-RNA ner till 5 IU/ml (vilket motsvarar ca 12,5 virusgenom per ml blod). Kvalitativ och kvantitativ PCR och genotypning anses vara de viktigaste

teknikerna för att ställa diagnos och för att bestämma val av behandlingsstrategi. Kvalitativ PCR används för att konfirmera infektion genom att påvisa närvaro av virus-RNA, och kvantitativ PCR ger mått på virusreplikationen.

Dessa tekniker kan därmed ge en bra uppfattning om effekten av en antiviral behandling. Virusgenotyp är en viktig faktor för val av längd på behandling och dosering. Man kan med dessa tekniker ganska väl förutsäga behandlingssvaret genom att lägga samman information om virusnivåer och genotyp. Att följa virusnivåerna under behandling anses viktigt för att på ett tidigt skede avgöra om behandlingen har önskad effekt och

då avgöra hur lång tid patienten ska behandlas. Studien visar också att molekylära virologiska tekniker under många år varit oerhört viktiga för att optimera de behandlingsstrategier vi använder oss av idag. Artikeln ger god insikt i vad molekylär diagnostik betyder för att avgöra vilken behandling som är bäst för varje patient.

Lars Frelin

med dr, avdelningen för klinisk mikrobiologi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Scott JD, et al. Molecular diagnostics of hepatitis C virus infection: a systematic review. *JAMA.* 2007; 297(7):724-32.