

Replik:

Inte meningsfullt idag

I SBU-rapporten redovisas det vetenskapliga underlaget för utnyttjande av bentäthetsmätning. Rätt använd kan denna undersökning vara ett värdefullt hjälpmedel i sjukvården, för att identifiera patienter med sjukdom i ett behandlingsbart skede och för att följa effekten av insatta åtgärder.

Det framgår av genomgången att bentäthetsmätning för närvarande inte har dokumenterat nödvändiga förutsättningar för massundersökning, bland annat förmågan att kunna utesluta sjukdom hos dem som är friska. Det framhålls därför tydligt i rapporten att väl kontrollerade vetenskapliga studier med kontroll- och experimentgrupp är angelägna forskningsuppgifter.

Osteoporos är ett viktigt hälsoproblem där det börjar finnas tekniska undersökningsmetoder och verkningfulla läkemedel. Det stora behovet av effektiva åtgärder bör enligt vår uppfattning inte leda till att man redan idag, på ett bristfälligt underlag, okritiskt genomför massundersökningar utan utvärdering.

Olof Johnell
professor i ortopedi, Malmö
Sverker Ljunghall
professor i medicin,
Uppsala
Experter i SBUs
projektgrupp för mätning
av bentäthet

Rätt att diabetesregistret ifrågasätts

Det är utmärkt att Svensk förening för allmänmedicin, SFAM, ifrågasätter det Nationella diabetesregistret (Läkartidningen 4/96)! Med både Socialstyrelsen och Svensk förening för Diabetologi vid styråran är risken att hamna på kollisionkurs med praktisk allmänmedicin uppenbar. Ordet kvalitetssäkring har blivit så vanligt i landstingsvärlden att det numera betyder allt och ingenting. Inom professionen vill vi kvalitetsutveckla och

räds kvalitetskontroll uppifrån. Begreppen utveckling, uppföljning och kontroll blandas utan eftertanke. Det är mot denna bakgrund man skall se SFAMs ställningstagande mot det Nationella diabetesregistret.

Som allmänläkare har jag länge intresserat mig särskilt för mina patienter med diabetes. De har en sjukdom som, vare sig de accepterar den eller inte, påverkar hela livet. Jag måste därför försöka leva mig in i patientens föreställningsvärld, ta del av hennes tankar och känslor och se vad som finns av livslust och styrka.

De av mina diabetespatienter som dött de senaste 12 åren har förvisso dött hjärtdöden i de flesta fallen. Däremot har ingen blivit blind, ingen amputerad ovan fotleden och ingen har gått till dialys. Detta kan bero på vårdprogram för prevention av de sistnämnda komplikationerna, men framför allt på att mina diabetiker är äldre och har en beskedligare sjukdom än de som sköts via medicinkliniken. Därför är jag mest intresserad av att utveckla möjligheten att undvika tidig död i hjärtsjukdom.

Annat tillvägagångssätt

Mot denna bakgrund vill jag här föreslå ett annat tillvägagångssätt med utgångspunkt i S:t Vincentdeklarationen, landstingens krav på resursuppföljning, diabetikernas rätt till en optimal vård och allmänläkarens behov av utveckling.

1. På nationell nivå undersöks hur vi sköter diabetesvården genom registrering av synskador, uremi, amputationer och risk för hjärtdöd. Denna registrering bör ske på landets sjukhus.

2. På vårdcentralsnivån bör landstinget följa upp resursanvändningen genom att undersöka följsamhet till rutiner fastställda i lokala vårdprogram. Man kan också efterfråga indikatorer på god vård, t ex kontinuitet, täckningsgrad och utbildning, liksom förekomst av diabetiskoterska, checklista, diabetesrond och polikliniska insulininställningar.

3. Kvalitetsutveckling på vårdcentralen skall ske på kollegial nivå. Här kan vi intressera oss för metabol kontroll, riskprofil för hjärtsjukdom och medicinsk behandling; men också för psykosociala data,

motivation, autonomi och annat som ingår i en nödvändig individualisering av vårt arbetssätt.

Förmågan att möta patienten

Svensk allmänmedicin är ingalunda ointresserad av kvalitetsutveckling. Om Svensk förening för diabetologi hade breddat diskussionsbasen hade vi säkert kommit längre i samarbetet för att utveckla en god diabetesvård. Så återstår då frågan hur vi kvalitetsutvecklar vår förmåga att möta patienten. Kanske är detta den avgörande frågan för att ta ett kliv framåt i utvecklingen.

Gunnar Carlgren
distriktsläkare, Linköping

Indikatorer för sjukvården önskas

Vi översköjs av politiska gallupundersökningar, marknadsstatistik och andra ekonomiska data, vädersiffror etc. På det medicinska området är det glest med övergripande sjukdomsstatistik. Det som finns är data om enstaka sjukdomar, cancer, infektioner, dialysfall, operationsfall m m.

Sjukskrivningsstatistiken har snarare blivit ett socialmedicinskt dokument än ett diagnostiskt.

Dödsstatistiken blir allt hopplösare att tolka när hög ålder och ett flertal kroniska sjukdomar blandas med akuta i svårbedömda proportioner. Vårddiagnoserna på sjukhus influeras av växlande platstillgång och diagnostiskt intresse. Vi behöver andra instrument i sjukdomsstatistiken.

Inom medicinen

En möjlighet vore att använda galluptekniken på det medicinska området. Dra slumpmässigt ut namnen på t ex 3 000 svenskar från befolkningsregistren så att hela landet och alla åldrar täcks. Fråga dessa människor om de vill ställa upp som indikatorer för sjukvården under ett år, mot viss betalning. Förutom undersökning med laboratorieprov och frågeformulär kan månat-

lig kontakt med brev eller telefon komma ifråga.

Härigenom kan vi få statistik på sjukdomsfrekvens och funktionsfrekvens liksom på ändringar i sjukdomspanoramat. Om vi kan få människor att ställa upp i andra gallupundersökningar, vetenskapliga projekt eller som blodgivare borde det vara möjligt att rekrytera indikatorer på sjukvårdsområdet.

Bengt Lindqvist
f d överläkare, Umeå

Ungdomars depressioner diagnostiseras inte alltid optimalt

Inger Berggrens debattinlägg »Ungdomar klarar kriser utan lyckopiller» i Läkartidningen 3/96 vill jag kommentera.

Det är lyckligt att min uppfattning att antidepressiva skall användas på bestämda indikationer faller i god jord. Jag ställer mig bakom insändarens orokring en psykiatrisering av unga människors normala kriser.

Vad som oroar mig är dock att unga människors depressioner inte alltid diagnostiseras på ett optimalt sätt utan något ensidigt uppfattas som rent exogent utlösta kris- och insufficienstillstånd. En dåligt förstådd »vanlig livskris» kan sluta i självmord.

Behandlingsbar störning

En holistisk hållning till psykiatri innebär att såväl upptäcka och behandla en depression som att med en kompetent samtalspart komma vidare i livet. Depressiva tillstånd är förvisso behandlingsbara med specifik psykoterapi, bl a kognitiv terapi. Denna behandling måste ges på lika strikta indikationer som den farmakologiska. Bakom en »vanlig livskris» kan dölja sig en behandlingsbar störning med en etablerad och specifik behandling.

Hans Ågren
professor,
Göteborgs universitets
avdelning för psykiatri
och neurokem, Mölndals sjukhus