

Dags för nationell konsensus om diagnostik av ulcussjukdom

Lars Agréus och Johan Brun är två kloka allmänläkare som föreslagit ett schema för praktisk handläggning av dyspepsipatienter (Läkartidningen 21/99). Tyvärr innehöll schemat (sidan 2594) ett fel som gjorde resonemanget obegripligt för den inte redan »frälste»: efter *Helicobacter*-diagnostik fanns två möjliga utfall, båda »Hp+». [Rättelse har införts i Läkartidningen 26–27/99 med redaktionens kommentar.]

Vi har i Göteborg, i samarbete mellan SU och Primärvården, arbetat fram ett mer omfattande vårdprogram som vi tycker kompletterar Agréus och Bruns schema. Man börjar med att ställa sig fyra frågor: Finns det skäl misstänka malignitet? Använder patienten NSAID? Finns det skäl att misstänka ulcussjukdom? Vilket är huvudsymtomet? Beroende på utfallet av frågorna går patienten in i olika »subscheman»: malignitetsutredning, ett ulcusschema, ett esofagusschema och ett magsäckschema (som i princip är identiskt med Agréus och Bruns matris). Vårdprogrammet finns i sin helhet tillgängligt på Internet:

www.vastragotland.net

Leta efter blödning

Vad är det som skiljer våra program åt? Det viktigaste är nog att vi hela tiden betonar att man måste leta efter blödning. Blödning är en viktig markör, dels för malignitet (i stället för en godtycklig åldersgräns), dels som »tempoåtgärd» vid misstanke om ulcussjukdom. Det där har vi ytterligare markerat genom att ta fram en ny remiss.

Symtomgrupperna

En annan viktig sak är att symtomgruppera: Vid esofagussymtom är medicinsk behandling någorlunda effektiv, vilket den inte är vid funktionella magsäcks- och kolonsymtom. Och Hp-diagnostik är bara indicerad vid dominerande magsäckssymtom!

Informera

Det tredje, och kanske allra viktigaste, är det enorma behovet av information! Många patienter är helt enkelt oroliga, och är inte läkarens lugnande besked trovärdigt söker de sig någon annanstans! Fakta om *Helicobacter* är så

viktiga att vi tagit in dem i själva vårdprogrammet. Vi har också bifogat en CD-skiva som belyser kopplingen mellan fysiologi och symptom. Men vi vill gå ett steg till: för att vara säkra på att informationen når patienten kommer vi att skapa patientversioner av både vårdprogrammet och CD-skivan, med ett minimum av facktermer! Sympatiskt nog har läkemedelsindustrin varit väldigt positiv till det här projektet: ett företag (Janssen-Cilag) har finansierat CD-skivan, och ett annat (Astra-Hässle) har hjälpt oss att nå ut till allmänläkarna. Tack!

Vi skoperar idag, helt i onödan och till betydande kostnader, en massa unga patienter med funktionella besvär, medan tumörerna ligger och blöder i våra endoskopiköer! Vi försöker i Göteborg ta ett samlat grepp på dessa missförhållanden. Lars Agréus och Johan Brun arbetar med samma mål. Dags för nationell konsensus?

Henrik Sjövall

docent, sektionen för medicinsk gastroenterologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

E-post: henrik.sjovall@medfak.gu.se

Hellre öppen diskussion av läkemedelsval än central övervakning

Vår lokala läkemedelskommitté (LMK) har rullat upp skjortärmarna och rekommenderat klinikchefer och vårdcentralchefer att av Apoteksbolaget begära individuell registrering av läkarnas förskrivning.

Bakgrunden är naturligtvis kostnadsutvecklingen för läkemedel, landstingets övertagande av kostnadsansvar och Landstingsförbundets önskan om registrering på förskrivarnivå.

Vår lokala läkemedelskommitté anser att läkarens individuella förskrivning skall tas upp till diskussion mellan verksamhetschefen och den enskilde läkaren. Lokala läkemedelskommittén menar »att varje läkare borde tycka att det är intressant att få se sin förskrivning». Bakom detta månande om vad vi borde tycka spökar förstas kostnadsaspekten.

Val av läkemedel är en viktig avvägning mellan patientens behov, läkarens kunskaper, läkemedlets nytta, begränsningar och risker, pris, diagnostikens osäkerhet och den biologiska och mänskliga situationens mångfacetterade aspekter. Den processen vill vår lokala läkemedelskommitté låta värdera på ett övergripande sätt av samma person som bestämmer läkarens individuella lönepåslag, beviljar ledigheter och kurser, skriver tjänstgöringsbetyg osv.

Det är helt tydligt att förutsättningar för en reell intressekonflikt är för han-

den. De intressen som i det här föreslagna systemet har svårast att hävda sig är patientens intresse av en god, säker och ändamålsenlig behandling. Läkarens intresse och möjlighet till individualisering i terapivalet hämmas också.

Varför? Därför att övervakning enligt den här föreslagna modellen inte främjar medicinsk ändamålsenlighet i terapival. Den främjar inte kvalitetsutveckling. Den främjar inte patientens intressen. Den främjar reella motsättningar på kliniker och vårdcentraler. Den främjar en vård byggd på centrala vårdprogram, direktiv och föreställningar.

Jag motsätter mig inte en återkoppling av förskrivning till förskrivarna. Men vi måste komma ihåg att läkemedel på en klinik/vårdcentral många gånger förskrivas av ett läkarkollektiv, där vi itererar andras recept. Läkemedelsval måste diskuteras men kollektivt, öppet och där medicinsk ändamålsenlighet vägs mot bl a kostnader. I den diskussionen bör argumenten få värderas utifrån sitt faktaunderlag, sin egen tyngd och utan hot om repressalier.

En mängd alternativ finns för att utveckla och förbättra läkemedelsvalet. Låt oss i stället utveckla dem.

Göran Waller

distriktsläkare, Grytnäs vårdcentral, Kalix