

härda») till konsument av vårdtjänster med rätt att väja och ha åsikter är ingen smärtfri procedur varken i demokratiska eller paternalistiska system. Många upprörs över gällande praxis i Nederländerna. Är då deras förhållningssätt »oetiskt»? I så fall, på vilka grunder? Eller har, helt enkelt, utvecklingen där hunnit ett steg längre än hos oss?

Lars H Fallberg
jur kand, forskare

Edgar Borgenhammar
professor, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg

Vad håller Amalgamenheten i Uppsala på med?

I början av december 1995 hölls ett vidareutbildningsmöte för allmänläkare på Akademiska sjukhuset om amalgamenhetens verksamhet. Dess chef Anders Lindvall var föredragande och fick även svara på frågor. Slutsatserna av Lindvalls budskap var att man arbetar efter en filosofi och en oönskad hypotes, som man inte haft tid eller möjlighet att utvärdera.

Man lägger stor vikt vid det så kallade Melisa-testet, som av Socialstyrelsen anses som en vetenskapligt utvärderat [1] och därmed borde vara diskvalificerat för rutinsjukvård.

Enheten har hittills haft 700 patienter, varav 699 fått diagnosen amalgamförgiftning och 1 (en) borrelios.

Att man hittat så få andra förklaringar till patientens ofta bedrägligt plågsamma symptomatologi beror på att vi som remitterar dit patienter skulle vara så oerhört skickliga på att hitta patienter med andra diagnoser.

Från amalgamenheten på Huddinge har framförts allvarlig kritik avseende såväl arbetsmetoder, slutsatser, dokumentation och hypotesprövning på amalgamenheten på Akademiska sjukhuset [2]. Denna kritik avvisades kategoriskt med att Huddingekollegerna dels haft förutfattade meningar om syftet med verksamheten, dels var okunniga om laboratoriemetodernas tillämpningar.

Uppsalakliniken hade fått överta en stor del av Huddingeklinikens remisser när denna

stängde. Enligt Lindvall var symtom- och sjukdomspanoramat det samma i det patientmaterialet att döma av remissernas innehåll. Att man på Huddinge hittat andra diagnoser i en majoritet av fallen kunde inte förklaras på annat sätt än att antingen remitterande kolleger i Stockholmsregionen var så utomordentligt mycket sämre på att differentialdiagnostisera före remiss, eller på att även de andra diagnoser som satts på Huddingekliniken egentligen också berodde på amalgamförgiftning/överkänslighet.

Okritiskt bedriven

Själv drog jag helt andra slutsatser av mötet: Verksamheten förefaller fortfarande okritiskt bedriven. Efter 200 patienter fick man allvarlig kritik från Socialstyrelsen [3], men tycks inte ha brytt sig om denna. Enda kriteriet för utlåtandet amalgamrelaterad diagnos är att någon (patient eller remitterande) tror att allt amalgam ska bort. Med denna diagnostiska metod hittar man 699 drabbade på 700 misstänkta, en oerhörd diagnostisk säkerhet bara av anamnesen. Bara det gör ju utredningen helt onödig, framför allt som en utredning enligt Anders Lindvall kostar 20 000 kr styck. Betänk att 699 av dessa 700 sedan ska genomgå tandsanering, en jobbig, dyr och upprepade kirurgisk åtgärd. Eftersom jag med all min erfarenhet inte kan föreställa mig att man i en patientgrupp med påstått amalgamrelaterad mycket brokig symtomflora inte skulle hitta något annat differentialdiagnostiskt behandlingsbart än en borrelios på 700 personer, tar jag mig friheten att misstänka att kollegerna besitter en dålig differentialdiagnostisk kunskap, vilket bara det gör att man i allra högsta grad bör undvika att skicka dit sina patienter om man unnar dem en seriös bedömning.

Människor med symtom av förmodad amalgamrelaterad art är en av dagens sjukvårds största utmaningar. Att lösa detta problemkomplex måste ha högsta prioritet inom forskarvärlden. Till denna lösning har inte amalgamenheten på Akademiska sjukhuset bidragit med något publicerat som för forskningsfronten framåt. Trots att det är en »pionjärenhet» tycks man inte ens ha en

strukturerad oblandad symtombeskrivning och ännu mindre en livskvalitetsdokumentation för utvärdering som går att studera retrospektivt.

Stoppa verksamheten tills hypotesprövning gjorts! Kan man inte pröva hypoteserna bör man heller inte få fortsätta. Det är för riskabelt med tanke på utfallet av praxis till dags dato. Kliniken riskerar att fungera mest som en psykogen smitthärd.

Lars Agréus
med dr, husläkare,
Vårdcentralen, Öregrund

Litteratur

1. Socialstyrelsen. Blir man sjuk av amalgam? Stockholm: Socialstyrelsen, 1994, vol 21. Fritzes, Kundtjänst, Stockholm.
2. Elinder CG, Järup L, Langworth S. Amalgamsjukan psykosomatisk. Dagens Nyheter 1995; Feb 24: A4-DN Debatt.
3. Wadman B, Allard U, Carlström I, Märfelt K. Projektrapport från Socialstyrelsen: Amalgamenheten vid Akademiska sjukhuset, Örebro. Socialstyrelsen: Regionala tillsynsmyndigheten i Örebro 1994.

Replik:

Tillvägagångssättet framgångsrikt

Anamnestic överkänslighetsreaktioner är vanliga hos Amalgamenhetens patienter. Oftast kan också biverkningar av tandbehandlingar redovisas. En arbetshypotes har baserats på dessa observationer. Hypotesen är att patientens sjukdom helt eller delvis beror på allergi eller toxisk reaktion mot ämnen – främst metaller – i bl a dentala material. Uppkommen kronisk inflammation med uppgrepling av immunsystemet och utsläpp av immunologiska mediatorer (cytokiner) kan påverka flera organ och förklara den breda symtomfloran som observeras [1].

När överkänslighet fastställts anamnestic (patienten tål ej vissa örhängen eller smycken, får eksem under guldringar, viroslänkande sjukdomsbild efter tandbehandlingar etc) och även kan påvi-

sas vid laboratorietest rekommenderas patienten att ta bort misstänkt tandmaterial. Detta i enlighet med vedertagna allergologiska principer. Resultatet av denna åtgärd följs via enkäter och förnyade test och ingår som material i hypotesprövningen.

Tillvägagångssättet har visat sig framgångsrikt. De flesta av över hundratalet patienter som hunnit genomföra utbyte av tandmaterial (under antioxidantskydd) har rapporterat klara förbättringar av hälsoläget och en fortsatt förbättringsprocess under åren som följt. Hos dessa patienter har också tidigare positiva utslag i testen (Melisa och protonmikroskopi) normaliserats eller minskat.

Melisa är en testmetod för DNA-syntes, vars princip sedan länge [2] är känd och som fortfarande är aktuell [3]. Den har använts för att påvisa allergena epitoper i lågmolekylära farmaka eller andra kemiska föreningar och har också anpassats för studier av metallinducerad sensibilisering. Protonmikroskopi (alternativt nukleär mikroskopi eller Pixe) är en sedan länge etablerad, avancerad mätmetod för spårlement, som alltmer tillämpas även på det medicinska området [4]. Dess förmåga att kunna mäta intracellulära halter av bl a kalcium och tungmetaller har gjort den till ett viktigt redskap vid uppföljning och kontroll av läkningsförloppet i denna patientgrupp.

Intolerans för ämnen i tandmaterial förefaller vara en realitet för vissa individer. Och när det gäller amalgambärare är dessutom risken för bl a toxisk CNS-påverkan av kvicksilvret ej försumbar, enligt aktuella riskbedömningar. Medicinska utredningar försvåras dock av att användbar information om innehållet i olika tandmaterial saknas, eftersom inget fungerande produktregister finns. Och övervakande instanser hålls ovetande genom att obligatorisk rapportering och registrering av biverkningar saknas.

Gott samarbete

Vid saneringen ökar exponeringen för ämnen i berörda tandmaterial. Problem med biverkningar under behandlingsskedet är därför vanliga och har föranlett ett långvarigt utvecklingsarbete beträffande bl a saneringsteknik och materialval i samarbete med tandvården. Vi upplever nu goda resultat av detta samarbete och antalet färdigbehandlade patienter stiger ▶

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

raskt. Ett delresultat har redan publicerats [5] och efter tillräckligt lång observationstid kommer större material att presenteras i vetenskaplig form.

Anders Lindvall
dr
amalgamenheten, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Litteratur

1. McDonald EM, Mann AH, Thomas HC. Interferons as mediators of psychiatric morbidity. An investigation in a trial of recombinant α -interferon in hepatitis-B carriers. *Lancet*, 1987; 2: 1175-7.
2. Al-Tawil NG, Marcusson JA, Möller E. Lymphocyte transformation test in patients with nickel sensitivity: An aid to diagnosis. *Acta Dermatovener (Stockholm)* 1981; 61: 511-15.
3. Stejskal VDM, Forsbeck M, Cederbrant KE, Asteman O. Mercury-specific lymphocytes: an indication of mercury allergy in man. *J Clin Immunol* 1996; 16: 31-40.
4. Lindh U. Nuclear microscopy. Its role and future in medicine and trace-element biology. *Nuclear Instruments and Methods in Physics Research* 1991; B54: 160-70.
5. Stejskal VDM, Cederbrant K, Lindvall A, Forsbeck M. MELISA – an in vitro tool for the study of metal allergy. *Toxic in Vitro* 1994; 8: 991-1000.

Nationellt diabetesregister gagnar inte kvaliteten i diabetesvården

Från Svensk förening för diabetologi har till Sveriges vårdcentraler i december 1995 sända ut en skrivelse där Sveriges allmänmedicinare uppfordras att sända in underlag till ett »Nationellt diabetesregister». För varje diabetiker skall skickas in uppgifter om patientidentitet, doktorsidentitet, och dessutom femton (15!) olika mått hänförliga till det kvalitativa omhändertagandet av patienter med diabetes på vårdcentralen.

Inom Svensk förening för diabetologi känner man tydligen en stark oro för att vi allmänmedicinare missköter patienter med diabetes mellitus och ett lika starkt behov av att kontrollera vår verksamhet. I följebrevet till formuläret antyder det dessutom att Svensk

förening för allmänmedicin (SFAM) skulle stödja och gilla projektet. Detta är inte med sanningen överensstämmande. 1993 fick vi i SFAM via remissen förfrågan om vår syn på ett planerat diabetesregister. Vi svarade klart och tydligt att vi ställde oss negativa till ett sådant.

Vi är väl medvetna om att kvaliteten på diabetesvården varierar och instämmer givetvis i ambitionen att förbättra den. Syftet med registret sägs vara att ge incitament för att åstadkomma förbättrad sjukvårdskvalitet. Hur en central registrering skulle åstadkomma dylika incitament diskuteras inte i följebrevet till registerformuläret; detta menar vi är en central svaghet i kvalitetskontroll i allmänhet med ett uppifrån- och utifrånspektiv.

Kvalitet skapas underifrån

Sedan 1993 har nackdelarna med centralt dirigerad sk kvalitetskontroll blivit allt tydligare. SFAM har på ett tidigt stadium påpekat att kontroll uppifrån mycket sällan leder till förbättrad kvalitet. Kvalitet skapas underifrån och inifrån och inte uppifrån och utifrån. Dessa två principer ingår också i Demings sk 14 punkter [1]. Bland annat därför föredrar vi nu också att använda ordet kvalitetsutveckling före ordet kvalitetsssäkring, som lättare ger associationer till kontroll. Terminologiskiftet innebär betydligt mer än en strid om ord. Kvalitetskontroll sker uppifrån där myndigheter av olika slag kräver in uppgifter för att kontrollera den enskilde yrkesutövarens kvalitet i arbetet. Kvalitetsutveckling sker underifrån där den enskilde yrkesutövaren har initiativet och problemformuleringsprivilegiet.

Man kan aldrig kvalitetsutveckla någon annans verksamhet än sin egen. Därför väcker det en viss förundran att i inledningen till följebrevet läsa att »Socialstyrelsen har i samarbete med Landstingsförbundet framlagt önskemål om att kvalitetsutveckla vissa folksjukdomar». Socialstyrelsen kan säkerligen kvalitetsutveckla sin tillsynsfunktion, och Landstingsförbundet kan sänkt kvalitetsutveckla sin funktion som gemensam insatsorganisation för landstingen. All-

mänmedicinerna är däremot de enda som kan utveckla kvaliteten i det allmänmedicinska patientarbetet. Att fylla i vidlyftiga formulär (inklusive patientidentitetsuppgifter) till centrala dataregister gagnar inte sådan kvalitetsutveckling. Därför tar SFAM avstånd från det planerade centrala diabetesregistret.

Björn Olsson
ordf SFAM,

Leif Persson
ordf SFAM-Q,
(SFAMs arbetsgrupp för kvalitetsutveckling)

Litteratur

1. Deming. *Out of the crisis*. Cambridge: Cambridge University Press 1986.

Kommentar:

Registret viktigt led i kvalitets-säkringen

All legitimerad sjukvårdspersonal åläggs sedan 1994 att bedriva ett systematiskt och kontinuerligt kvalitets-säkringsarbete (SOSF 1993:9).

Detta kan delas in i probleminventering, fastställande av standarder, mätning av resultaten i förhållande till dessa standarder, förbättring och där-efter förnyad mätning. Probleminventeringar har gjorts och standarder finns inom diabetesområdet; det nationella diabetesregistret utgör det naturliga tredje steget i processen.

Den svenska diabetesvården har internationellt sett en hög standard. Probleminventeringar genomförda av Socialstyrelsen har dock visat att det finns regionala skillnader och att förbättringar behövs. Flera typer av standarder för diabetesvården finns fastställda, bl a Läkemedelsverkets rekommendationer om insulinberoende respektive icke-insulinberoende diabetes (1990), konsensusuttalande om »Synhotande näthinneförändringar vid diabetes» (MFR och Spri, 1991) och SBU-rapporten om »Retinopati vid diabetes» (1993). Vidare förekommer lo-

kala vårdprogram. För att forma underlag för ett nationellt vårdprogram pågår också ett arbete med »state-of-the-art» inom bl a diabetesområdet.

För att systematiskt och kontinuerligt mäta diabetesvårdens resultat inrättas under 1996 ett nationellt diabetesregister. Med detta som grund kan varje vårdgivare granska och förbättra sin egen diabetesvård.

Det praktiska genomförandet av registret innebär att varje deltagande vårdgivare (t ex distriktsläkargrupp, husläkare, medicinklinik) årligen registrerar debutår, typ av diabetesbehandling, senaste HbA_{1c} alternativt fB-glukos, senaste kroppsvikt, längd, senaste blodtryck, ev antihypertensiv läkemedelsbehandling, förekomst av njursjukdom, dialys/njurtransplantation, synnedsättning, hjärtinfarkt, slag-anfall eller amputation ovan fotleden och om patienten är rökare. Registreringen avser initialt de senaste uppgifterna under 1995.

Registerdata kan samlas antingen på disketter eller via blanketter. Dessa distribueras genom registergrupper i varje landsting. Registerdata kommer sedan att analyseras centralt och att redovisas årsvis, dels för landet som helhet, dels landstingsvis. Endast den egna vårdgivaren, t ex en klinik, kommer att få tillgång till sina egna data, och någon registrering per enskild läkare kommer aldrig att presenteras. Registret är godkänt av Datainspektionen.

Registret är enbart ett resultatregister och innehåller inte fler uppgifter än de som normalt bör ingå i en årskontroll av en diabetespatient. Merarbetet för den enskilde vårdgivaren bör på lång sikt uppvägas av det underlag för kvalitetsförbättringar som resultatet bör ge. Registret har i inlednings-skedet finansierats av Landstingsförbundet och Socialstyrelsen, som inte har någon annan roll i verksamheten.

Vi är övertygade om att ett nationellt diabetesregister på ett avgörande sätt kan ge förutsättningar för att ytterligare förbättra diabetesvården. Deltagandet i registret är frivilligt, både för den enskilde vårdgivaren och för patienterna. Inrättandet av registret har mötts av ett stort positivt gensvar, också från patientföreningen Svenska Diabetesförbundet. För att registret skall få den utvecklande effekt för den svenska diabetesvården som många