

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  $\alpha$ -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 utifrånspektivt.

### 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 säkert 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 HbA1c 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 Datainspektören.

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

förväntar sig är det vår förhoppning att så många vårdgivare som möjligt ansluter sig.

*Carl-David Agardh*  
ordförande, Svensk Förening för Diabetologi, stf chefläkare, Universitets-sjukhuset i Lund,

*Christian Berne*  
vice ordförande, Svensk Förening för Diabetologi, överläkare, medicinska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala,

*Anders Nilsson*  
sekreterare i arbetsgruppen för diabetesregistret, överläkare, medicinska kliniken, Helsingborg,

*Peter Nilsson*  
sekreterare, Svensk Förening för Diabetologi, styrelseledamot, SFAM, distriktsläkare, Vårdcentralen, Dalby.

## Tillgång till fakta en förutsättning för utveckling av diabetesvården

Debatten om utvecklingen av diabetesvården borde ha en annan utgångspunkt än hur de olika specialistkompetenserna inom vården ser på varandra – nämligen hur kan en god vård tillförsäkras den enskilda människan med diabetes.

En överraskande erfarenhet som framkom i arbetet med Socialstyrelsens Aktiv uppföljning är att diabetesvården är så dåligt dokumenterad. Sålunda var det svårt att få fram antalet amputationer hos diabetiker, eftersom dessa data inte fanns samlade. Kunskap om utgångsläget var en förutsättning för att Sverige skulle kunna uppfylla Saint Vincent-deklarationens mål att halvera antalet amputationer.

Från Svenska diabetesförbundets del har vi inget intresse av att olika specialiteter inom vården kvalitetsssäkras eller kvalitetsutvecklar sig isolerat. För oss är det väsentliga att vården har en god kvalitet, oavsett om den ges inom primärvård, slutenvård, specialistenhet etc. Olika individer med diabetes har olika behov av vård, men vi har alla samma rätt att få vård av god kvalitet och att vid behov få tillgång till de olika specialistfunktioner

## KORRESPONDENS

### Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

som krävs för helheten i en god behandling.

### Oroväckande

Det borde från alla inblandade parter finnas ett intresse av att samla in entydiga fakta om vårdens kvalitet och de effekter vården har på utvecklingen av komplikationer på kort och lång sikt.

Det är för oss oroväckande att frågan om ett nationellt diabetesregister utvecklas till en debatt om olika specialistfunktioners initiativ och problemformuleringsprivilegium. För utveckling av diabetesvården krävs samarbete och att dokumentation av vården läggs på ett plan över de enskilda specialistfunktionerna.

Svenska diabetesförbundet välkomnar inrättandet av ett nationellt diabetesregister som täcker all diabetesvård i Sverige och det är vår förhoppning att så många som möjligt deltar i arbetet för att registret skall kunna utgöra det instrument för kvalitetsutveckling som diabetesvården är i behov av.

*Anders Ericsson*  
ordförande i Svenska diabetesförbundet

*Marie-Jeanette Bergvall*  
kanslichef i Svenska diabetesförbundet

## Varför gav vi inte sjuksköterskorna vårt stöd?

Det var smärtsamt att se sjuksköterskorna ge upp sin kamp med det skamligt dåliga resultatet! Var det verkligen

nödvändigt? Varför fick sjuksköterskorna inte något tydligt stöd från oss läkare? Varför var Läkarförbundet så tyst? När jag själv äntligen bröt min egen tystnad tog konflikten slut innan mina ord hann in i Läkartidningen. Här följer en lätt ändrad version.

Jag skämdes över att i massmedierna se och höra den ena läkarkollegan efter den andra kritisera sjuksköterskorna för deras strejk. Människorna i min omgivning tittade undrande på mig: Vad menar läkarna? Vi borde ju i stället solidariskt med stort eftertryck ha givit dem det stöd de förtjänade. Varför inte en tims lång arbetsnedläggelse i solidaritetens namn?

### Arbetsgivarens fel

Bollen låg ju hos arbetsgivaren! Det är arbetsgivarens fel att sjuksköterskornas lön inte motsvarar deras utbildning,



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

»Varför ska just sjuksköterskorna vara de som drar åt svängremmen mest när samhällsledarna inte klarar sina uppgifter?»

kompetens och ansvar för människors liv och hälsa eller deras mentalt påfrestande arbetssituation med andra människors sjukdomar, lidanden och döds-kamper direkt inför sina ögon. Detta måste framhållas med mycket större tydlighet för allmänheten och massmedierna. Varför ska just sjuksköterskorna vara de som drar åt svängremmen mest när samhällsledarna inte klarar sina uppgifter? Jämför sjuksköterskornas lön och löneökning med landstingspolitikernas egen löneförhöjning, såväl i procent som i reda pengar! Hur mäter och värderar man ett arbetsansvarsnivå?

### Samma mål

Läkare och sjuksköterskor har samma mål i sitt arbete: patienternas bästa. Vi har också samma arbetsgivare. Då måste vi självklart också vara solidariska med varandra. Visst var sjuksköterskorna värda minst den löneförhöjning de hade begärt! Det tycker nog de flesta patienter också.

Vi läkare borde inte ha förstärkt massmediernas vrångbild att det var sjuksköterskornas fel att strejken blev så lång. Det var ju arbetsgivarnas fel! Och eftersom arbetsgivarna sannolikt sparade in mer pengar ju längre strejken fortsatte, tänkte de säkert inte lyfta ett finger för att förkorta den. Kan-ske var strejk fel vapen. Till nästa gång kunde man kanske i stället låta bli att ta upp patientavgiften! Då bleve det kanske annat ljud i skällan? Helt utan skadliga effekter för sjukvården!

Eller en kollektiv massuppsägning, så att arbetsgivaren blev tvungen att löneförhandla med »marknadpriser» inför nyanställning? utan gliringar och kritik från andra personal-kategorier med samma arbets-givare!

När det är strejk måste vi *alla* vara solidariska, både i egenskap av arbetskamrater och som medmänniskor till personer vars hårda och ansvarsfulla arbete vi mycket väl känner till.

Sjuksköterskor, ni borde ha hållit ut!

*Olle Kjellin*  
Moheda

Läkartidningens författaranvisningar publicerades senast i nr 1-2/94. De kan även beställas från sekretariatet.