

Okonventionell medicin tema för europeiskt samarbete

Sedan 1993 pågår under beteckningen »Cost B4 – Unconventional medicine» en europeisk samarbetsaktion rörande forskning i och kring okonventionell medicin, dvs vad som i Sverige vanligen kallas alternativ eller komplementär medicin. Aktionens huvudsakliga syfte är att undersöka den okonventionella medicinens terapeutiska och sociokulturella betydelse, nyttan i relation till kostnader samt rättsliga aspekter, som underlag för en utvärdering av den okonventionella medicinens användbarhet eller risker inom hälso- och sjukvården.

Cost står för European cooperation in the field of scientific and technical research. B4 är en av i dag 125 Cost-aktioner inom olika forskningsområden som koordineras via Europakommissionen. I dag deltar 15 länder i B4-aktionen; Sverige anslöt sig i oktober 1995 i och med att regeringen signerade aktionens Memorandum of Understanding.

Aktionen har inga möjligheter att finansiera egen forskning. Europakommissionen står för administrations- och koordinationskostnaderna, medan varje land svarar för kostnader för delegater och egen forskning. Det praktiska arbetet samordnas via ett förvaltningsutskott (Management Committée), som består av 1–2 delegater från varje land. Sverige representeras av Motzi Eklöf och Bengt Erik Eriksson, Tema Hälsa och Samhälle, Linköpings universitet.

Underlätta kommunikation och förståelse

Flera arbetsgrupper inom Cost B4-aktionen arbetar med frågor som de deltagande länderna enats om att prioritera. Det handlar i första hand om att sammanställa och sprida information om pågående och avslutad forskning samt underlätta kommunikationen och förståelsen mellan företrädare för konventionell och okonventionell medicin – inte minst viktigt med tanke på att innebörden i dessa begrepp skiljer sig åt från land till land.

Några exempel på vad som görs:

– en databas över forskare

och pågående forskningsprojekt rörande okonventionell medicin

- sammanställningar av publicerade arbeten inom grundforskning, klinisk forskning samt samhälls- och beteendevetenskaplig forskning
- en databas över befintliga databaser av relevans
- arbetsmöten som samlar forskare från olika länder och discipliner
- ett kompendium om forskningskvalitet och metodik
- en uppslagsbok som förklarar terminologin inom okonventionell medicin.

Hittills har tre publikationer getts ut: en årsberättelse från verksamheten 1993–1994, en första sammanställning över forskare och pågående projekt samt en rapport från ett arbetsmöte i London i juni 1994 som samlade 200 forskare från 19 länder.

De som är intresserade av Cost B4-aktionens arbete, är välkomna att kontakta Motzi Eklöf.

Motzi Eklöf

Tema Hälsa och Samhälle, Linköpings universitet

Olyckligt ordval vid cancer recti

En genetisk genes till cancer colirecti har påvisats vid två tillstånd hereditär colonpolypos och HNPCC.

I flera olika svenska skrifter och artiklar diskuteras HNPCC, tex i Förslag till vårdprogram för cancer recti och i Läkartidningen 23/94, Annika Lindblom: Nyupptäckt mekanism för coloncancer.

HNPCC står ursprungligen för det engelska uttrycket Hereditary Non Polyposis Cancer Coli. I försvenskningen har detta kommit att översättas med hereditär *icke polypös* cancer coli. Enligt min uppfattning är detta mycket olyckligt:

1. Det gäller avsaknad av *polypos*, dvs förekomst av ett stort antal polyper, åtminstone mer än 10.

2. Makroskopiskt skiljer man sedan länge på tre former av cancer i kolon: den polypösa, blomkålsliknande former som förekommer framför allt i högerkolon, den strikturerade

KORRESPONDENS

formen som förekommer framför allt i vänsterkolon och den ulcererande formen som förekommer framför allt i rektum.

Ett av de utmärkande dragen hos HNPCC är ökad förekomst av cancer i högerkolon. Man har alltså den motsägelsefulla situationen att en makroskopiskt polypös cancer kommer att klassificeras som icke polypös!

För att komma ifrån detta föreslogs på Riksstämmans symposium »Gendiagnostik – konsekvenser för kirurgin» att man skulle byta ut det svenska uttrycket hereditär icke polypös cancer coli mot t ex hereditär icke polyposrelaterad cancer coli, för det är ju det saken gäller. Det kanske finns bättre förslag men det nuvarande uttrycket är klart olämpligt.

Bo Holmström

docent, kirurgiska kliniken kolo-rektala sektionen, Danderyds sjukhus

Mät bentäthet, men följ upp resultatet

I Läkartidningen 50/95 refereras rapporten »Mätning av bentäthet» (SBU-rapport nr 127). En slutsats man drar är att det vetenskapliga underlaget inte är tillräckligt att motivera screening med bentäthetsmätning av bl a högriskgrupper. Man konstaterar att det finns en avsevärd överlappning av bentäthetsvärdena hos framtida frakturpatienter och hos dem som inte får fraktur. Man anser att man inte genom mätning av bentäthet *med säkerhet* (min kursivering) kan förutsäga vilka individer som kommer att drabbas av benbrott.

Som en av de vetenskapliga granskarna av rapporten har jag en huvudinvändning, nämligen mot dess onödigt återhållsamma, något räddhågade, slutsats att inte rekommendera bentäthetsmätning för screening. Mina skäl till en mera aktiv inställning är följande:

– Sverige har en av de högsta höftfrakturincidenserna i världen, vilket i sig motiverar att man gör något extra för att förebygga detta. Höftfrakturer är dyrbara, orsakar stort lidande, och har en hög mortalitet.

– Ökande antal studier visar på möjligheter att förebygga osteoporos och frakturer. Flera olika typer av läkemedel ökar bentätheten. De mätutrustningar för bentäthet som redan finns i Sverige är underutnyttjade.

– Det är folkhälsovetenskapligt missvisande att bryta ut en metod ur en helhet där flera bör användas parallellt med andra data, t ex om fysisk aktivitet, demens, balansstörningar och mediciner m m. Den vanligaste »direkta orsaken» till benbrottet är inte att man faller eller snubblar utan att den kraft som verkar på skelettet överstiger dess hållfasthet. Orsaksbegreppen vid frakturer har ingående analyserats i referens 1.

– SBU-rapporten pläderar för bättre säkerhet i mätmetoden innan den kan rekommenderas för screening. Bentäthetsmätningens tekniska natur gör en sådan utveckling inom den närmaste tiden mindre sannolik.

Utvärdering skall göras

Den vetenskapliga dokumentationen om osteoporosens orsaker, epidemiologi, effekter och resultat av intervention är hastigt tillväxande. I Göteborg screenar man vid mammografi. Min slutsats blir att man redan nu bör screena grupper som man av goda vetenskapliga skäl vet har högre risk, men man skall utvärdera resultatet av screeningen – i enlighet med SBUs grundpolicy att vårdarbete skall vila på vetenskaplig grund, »evidence-based medicine».

Erik Allander

professor, socialmedicinska enheten, WHO Collaborating Centre for the Epidemiology of Rheumatic Conditions, Huddinge sjukhus

Litteratur

1. Lindahl BIB. On weighting causes of death. An analysis of purposes and criteria of selection. In: Brändström A, Tedebbrand LG, eds. Society, health and population during the demographic transition. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1988: 131-56.

Alltid dubbelt radavstånd! Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.

ANNONS

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 verkningsfulla 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
Expert 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 kollisionskurs med praktisk allmänmedicin openbar. Ordet kvalitetssäkring har blivit så vanligt i landstingsvärlden att det numera betyder allt och ingenting. Inom professionen vill vi kvalitetsutveckla och

KORRESPONDENS

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 vårdcentralnivån 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 fortbildning, liksom förekomst av diabetisköterska, 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 översköls 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 svarbedömda proportioner. Vårddiagnoserna på sjukhus influeras av växlande platstillgång och diagnostiskt intresse. Vi behöver andra instrument i sjukdomsstatistiken.

Inom medicinen

En möjlighet vore att använda gallupmetoden 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.

Häri kan vi få statistik på sjukdomsfrekvens och funktionsfrekvens liksom på ändringar i sjukdomspanorammat. 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 exogen 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 indiaktioner 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 neurokemi,
Mölnalds sjukhus