

Nationellt diabetesregister – samarbete en förutsättning för kvalitet

Debatten om det nationella diabetesregistrets vara eller inte vara verkar, av inlägg i Läkartidningen att döma, ha blivit en fråga om primärvårdens deltagande eller avståndstagande. För att balansera de negativa inläggen från primärvårdsrepresentanter hävdar vi att en majoritet av oss distriktsläkare är positiva. Att överblicka hela diabetespopulationen i Sverige, metaboll kontroll och komplikationsfrekvens, är unikt och ger ovärderliga möjligheter till studier av incidens, prevalens och regionala skillnader. Varför vara negativ till denna möjlighet och utveckling? Svenska diabetesförbundet välkomnar det nationella diabetesregistret (Läkartidningen 4/96) Svensk förening för allmän medicin (SFAM) bör lära sig att lyssna på dem värden är avsedd för. Ett deltagande kan, med hänsyn till datoriseringen i vården, inte innebära en alltför stor arbetsbörda. Att påstå att »våra» diabetiker inte har några komplikationer från ögon eller njurar (Läkartidningen 6/96) är för majoriteten av oss distriktsläkare inte sant och blåser återigen liv i myten att vi sköter de lättaste patienterna.

Att kvalitetsutveckling är mer mångfasetterad än detta register är en självklarhet, men utesluter inte ett deltagande. Tvärtom visar det ett intresse för att samordna värden över specialitetsgränser för en fungerade vårdkedja, något som diabetikerna själva med all rätt förutsätter och som borde vara en allmänmedicinäres ledstjärna.

Åsikterna går isär

SFAMs ordförandes åsikt i Läkartidningen 4/96 verkar föga genomtänkt eller förankrad då motsägande åsikt från en annan trovärdig styrelsemedlem framförs i samma nummer. Som medlemmar förutsätter vi att viktiga ämnen tas upp i kåren i första hand och att styrelsen visar en enad åsikt utåt.

När det gäller att erhålla medel från Socialstyrelsen för kvalitetsutveckling synes SFAM visa intresse, men när det gäller att delta i Socialstyrelsens lovvärda initiativ till

nationell kvalitetssäkring är man tveksam! Det rimmar dåligt med medlemmarnas krav på styrelsen i SFAM. Styrelsen har ej varit oinformerad när registret planerades och haft goda möjligheter att anpassa utformningen till primärvårdens krav och önskemål.

I styrelsen för det Nationella Diabetesregistret deltog dåvarande vise ordförande i SFAM Dan Andersson i Laxå med stort diabeteskunnande. Det är således en historieförfälskning som uttrumpas av SFAMs ordförande Björn Olsson och ordförande i samma föreningsarbetsgrupp för kvalitetsutveckling, Leif Persson.

När samarbete över gränser förnekas och skråande är viktigare än de patienter vi alla har uppdraget att omhänderta på ett professionellt och tidsenligt sätt då är denna konservatism snarare ett hot mot kvalitetsutveckling. Kvalitetsmedvetna allmänläkare stödjer det nationella diabetesregistret!

Melcher Falkenberg
chefsöverläkare, docent
Kisa vårdcentral

Mats Wernerson
chefsöverläkare,
Kneippens vårdcentral,
Norrköping

Replik:

Lösa påståenden

Falkenberg och Wernerson hävdar att en majoritet av distriktsläkarkåren är positiv till det föreslagna registret. Någon grund för detta påstående redovisas inte. Det är bara ett löst påstående som förs fram »för att balansera de negativa inläggen från primärvårdsrepresentanter». Som klart framgår av våra två inlägg, liksom för övrigt från andra inlägg av allmänmedicinare i debatten, utgår kritiken just från det faktum att vi anser att det nationella diabetesregistret som det är upplagt inte gagnar kvaliteten i diabetesvården. Påståendena att vi skulle vara ointresserade av kvalitetsutveckling inom diabetesvården faller på sin egen orimlighet.

De åsikter vi för fram är, till skillnad från det föreslagna registret, väl förankrade inom Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), och i synnerhet

bland de allmänmedicinare som lagt ned stort arbete för att utveckla vår kvalitetsutvecklingsverksamhet inom SFAMs kvalitetsutskott, SFAM-Q. Den styrelseledamot som varit med och undertecknat Diabetologföreningens inlägg hade vid den tidpunkten ännu inte börjat verka inom SFAMs styrelse och han var inte informerad om de diskussioner om kvalitetsutveckling som förts inom SFAM.

De uppseendeväckande anklagelserna om historieförfälskning är osanna. Det är riktigt att Dan Andersson deltagit i arbetet med utformandet av registret. Några fortlöpande diskussioner inom SFAMs styrelse fördes inte under denna period, det föreslagna registret kom därför som en ren nyhet för SFAM, särskilt som föreningen redan 1993 sagt nej till registret. Vi har ingen anledning att förringa vare sig Dan Anderssons eller insändarskribenternas stora kunnsighet och erfarenhet inom diabetesområdet, däremot anser vi att ni har fel när det gäller hur allmänmedicinsk kvalitetsutveckling skall åstadkommas. På vilket sätt ni har fel framgår av de inlägg som skrivits, och vi finner ingen anledning att återupprepa de argumenten.

Björn Olsson
ordf SFAM

Leif Persson
ordf SFAM-Q

Minskat proteinintag motiverat bara i individuella fall

Äter vi onödigt mycket protein i Sverige? Frågan ställs i Läkartidningen 1–2/96 av Wulf Becker, Livsmedelsverket, och Leif Hambræus och Gösta Samuelsson. Och de besvarar frågan: kanske! Proteinenergi-procent (p-e%) över 15 ger inga fördelar, men kanske nackdelar, och vi ligger just vid den gränsen. Argumenteringen bygger på ett antal fysiologiska mekanismer som skulle kunna påverka njurfunktion, mineralomsättning, uppkomst av diabetes, hjärt-kärlsjukdom och

övervikt. Epidemiologiska data ger emellertid motsatt bild.

Island ett undantag

I WHO/FAOs senaste databas [1] ges p-e% för ett tjugotal länder. Skillnaden mellan länder är liten, mer än 80 procent ligger mellan 11 och 13 p-e% för 1986, senast redovisade år. Ett lysande undantag är Island som ökade från 13,8 1970 till 17,1 1986. Om ökande proteinintag ger ohälsa borde en så kraftig ökning under så lång tid synas i statistiken som ökande prematur mortalitet (före 65), men på Island förbättras denna på samtliga punkter och det kraftigt. Död av alla orsaker minskar från 333 till 230 per 100 000, död i kardiovaskulära sjukdomar halveras från 116 till 67 och i kolorektalcancer från låga 9 till ännu lägre 3.

Upplysande är också kostvanor hos de män i Seven Countries-studien som var i 50-årsåldern 1959–60 när deras kostvanor undersöktes första gången [2] och som ännu levde efter 30 år. Kosten hos dessa som blivit äldre än medellivslängd utmärks av bibehållet högt intag av totalfett och mättat fett och en ökning av p-e% till över 15. Drastiskt så hos italienarna som nästan fördubblat proteinintaget till ca 20 e% [3–5].

Något samband mellan övervikt och proteinintag finns inte om man plottar p-e% mot förekomst av BMI >30 enligt MONICA-studien [6] (r = -0,14). Island med högsta p-e% ligger inom den lägsta femtedelen.

Råd till alla ej meningsfullt

Kostråd på populationsnivå har mening bara om de kan ha mätbar effekt på populationsnivå. Epidemiologi talar emot att p-e% över 15 skulle ha påvisbara ohälsoeffekter. Råd om minskat proteinintag kan då motiveras bara i individuella fall.

Olle Holmqvist
fil lic,
Köttforskningsinstitutet,
Kävlinge

Litteratur

1. Food and health indicators in Europe. Version 3. Nutrition unit. Copenhagen; WHO Regional office for Europe 1995.
2. Keys A, Aravanis C, VanBuchem FSP, Blackburn H, Buzina R, Djordjevic BS et al. The diet and all-causes death rate in

ANNONS

the seven countries study. *Lancet* 1981; 2: 58-61.

- Räsänen L, Mutanen M, Pekkanen J, Laitinen S, Koski K, Halonen S et al. Dietary intake of 70- to 89-year-old men in eastern and western Finland. *J Internal Med* 1992; 232: 305-12.
- Huijbregts PPCW, Feskens EJM, Kromhout D. Dietary patterns and cardiovascular risk factors in elderly men: The Zutphen elderly study. *Int J Epidemiol* 1995; 24: 313-20.
- Alberti-Fidanza A, Paolacci CA, Chiuchiu MP, Coli R, Fruttini D, Verducci G et al. Dietary studies on two rural Italian populations groups of the Seven Countries Study. 1. Food and nutrient intake at the thirty-first year follow-up in 1991. *Eur J Clin Nutr* 1994; 48: 85-91.
- World Health Statistics Annual. 1989. World Health Organization. Geneva, 1989: 50-1.

Replik:

Ingen fördel öka proteinet i kosten

I en kommentar till vår artikel om eventuella risker med hög proteinhalt i kosten [1] argumenterar Olle Holmqvist att epidemiologiska data talar emot att ett högt proteinintag skulle innebära någon hälso-mässig risk. Som epidemiologiska data används bl a proteininnehållet i kosten enligt FAOs per capita-statistik i några europeiska länder och mortalitetsdata från WHO. Eventuella samband eller avsaknad av samband med statistik av denna karaktär kan inte användas för att bevisa eller vederlägga orsakssamband mellan proteinintag och ohälsa. FAOs per capita-statistik är behäftad med osäkerhet, och en jämförelse mellan nationella per capita-data och FAOs data visar att det finns åtskilliga osystematiska skillnader, speciellt på närings-ämnesnivå [2, 3]. När det gäller Island visar data från kostundersökningar att proteininnehållet i kosten snarare minskat än ökat sedan slutet av 1930-talet [Steingrimsdottir, pers medd].

Islänningarna har dock fortfarande ett av de högsta proteinintagen i världen (17 e-procent 1990). Vi vet ännu för litet om vilken typ av hälsoproblem som ett högt proteinintag skulle kunna orsaka, men de behöver inte nödvändigtvis en-

bart vara förknippade med direkt risk för tidig död. Ett exempel på detta är osteoporos. Tillgängliga data tyder på att ett högt proteinintag sannolikt är mer kritiskt under spädbarns- och barnåren, vilket gör att kostdata för medelålders män inte är relevanta.

De data som vi funnit pekar trots allt på att det inte är någon fördel att öka intaget av protein hos befolkningen över de 15 e-procent som anges i de svenska näringsrekommendationerna.

Wulf Becker

med, dr
Statens livsmedelsverk,
Uppsala

Leif Hambræus
professor
institutionen för närings-
lära, Uppsala universitet
Gösta Samuelson
professor institutionen
för klinisk fysiologi,
Uppsala universitet

Litteratur

- Becker W, Hambræus L, Samuelson G. Hög proteinhalt i svensk mat. En hälsorisk? *Läkartidningen* 1996; 93: 37-40.
- Becker W. Jämförelse av FAOs, OECDs och jordbruksnämndens per capitastatistik för livsmedel i Sverige. *Jordbruksekonomiska meddelanden*. 1988; 50: 272-89.
- Sekula W, Becker W, Trichopoulou A, Zajkás G. Comparison of dietary data from different sources: some examples. In WHO: Food and Health data. Their use in nutrition policy-making. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No 34, WHO: 1991.

Samordna Läkemedels- och Patientförsäkringen!

Läkemedelsförsäkringen underutnyttjas, och Läkartidningen har i sin försäkringsmedicinska serie publicerat en förtjänstfull artikel om den av Einar Perman. Artikeln berör inte orsaken till att försäkringen underutnyttjas och hamnat i skymundan av den mer välkända Patientförsäkringen.

Till och med 1993 handlades båda försäkringarna av Konsortierna för patient- och

läkemedelsförsäkring och klagomålsärendena för båda granskades och bedömdes av samma grupp av handläggare och rådgivande läkare.

De nya EU-anpassade konkurrensreglerna tillåter emellertid inte denna typ av konsortier, varför Konsortiet för Patientförsäkring upphörde 1995, då Personskadereglering AB (PSR AB) bildades. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag lät då Patientförsäkringens bedömningar övergå till detta nybildade bolag. Handläggare och medicinska rådgivare från Konsortiet gick i stor utsträckning över till PSR. Läkemedelsförsäkringen, som ej är landstingsfinansierad, hade dock redan 1994 hamnat hos Trygg-Hansa.

Denna separation är enligt min mening olycklig – särskilt för den mindre Läkemedelsförsäkringen – eftersom de båda försäkringarna har så många beröringspunkter.

Ett huvudbekymmer reduceras

Enligt Patientförsäkringens regelverk är den skadade behandlings-skadan ett centralt begrepp. När fråga uppkommer huruvida en behandlingsskada i Patientförsäkringens mening inträffat, rör det sig i en del av fallen om en läkemedelsorsakad behandlingsskada.

Med ordalydelsen »En närmast självklar förutsättning för ersättning (enligt Läkemedelsförsäkringen – mitt förtydligande) är dessutom att läkemedlet ordinerats lege artis (min kursivering)...» reducerar Einar Perman ett huvudbekymmer med läkemedelsbehandlingsskadorna.

Detta bekymmer utgör Patientförsäkringens skaderegleringsarbete inom läkemedelsområdet. De stundtals svårvärderade nyckelfrågorna då är följande: Har läkemedlet ordinerats på rätt indikation, i rätt dosering, under rimlig tidsperiod? Har kontraindikationer och eventuella interaktioner med andra läkemedel beaktats? Har behandlingsövervakningen varit acceptabel? Har kombinationen av läkemedel varit acceptabel för behandlingssyftet?

Först när dessa frågeställningar ej är aktuella, eller är tillgodosedda, kan Läkemedelsförsäkringens två huvudsakliga överväganden prövas.

Dessa gäller det eventuella sambandet mellan skadan och läkemedelsintaget samt värderingen av behandlingsorsakens svårighetsgrad jämfört med läkemedelsskadans. Den senare värderingen är ibland en mycket svår och kvalificerad uppgift för den medicinska rådgivaren.

Diffus gränsdragning

I praktiken kan gränsdragningen mellan de båda försäkringarna, i enskilda ärenden, vara diffus och dessa kan då hamna mellan två stolar. Prövning kan då i sämsta fall helt utebli eller i övriga fall bli suboptimalt gjord.

Därför är det en nackdel att de båda försäkringarna har skilts åt och hamnat hos två olika bolag, utan självklara förutsättningar för samsyn och meningsutbyte. När allt kommer omkring, borde det gagna både patienter och vårdgivare bäst om de båda försäkringarna åter kunde handläggas på samma enhet. Detta skulle medföra en påtaglig förenkling för alla inblandade. Skadeanmälan och handläggning kunde nog fortfarande ske separat. Men prövning enligt mest tillämplig försäkring skulle ha förutsättningar att ske utan onödigt fördröjning eller pappersexercis.

Slutresultatet skulle troligen bli ett minskat antal suboptimalt bedömda eller ej alls bedömda ärenden. Att de två försäkringarna finansieras på olika sätt borde ej få hindra att de åter kunde handläggas på en och samma enhet.

Daniel Schmidt

docent, överläkare, medicinska kliniken, S:t Görans sjukhus AB, tillika medicinsk rådgivare vid PSR AB

Replik:

Försäkringarna är ganska olika – det behövs mer information

I sin kommentar skriver Daniel Schmidt att Läkemedelsförsäkringen är underutnyttjad därför att den inte handläggs hos samma bolag som det Patientförsäkringen anlitar. Det tror inte jag.

Jag tror att Läkemedelsförsäkringen är underutnyttjad därför att få läkare initierar anmälningar – och därför att många inte känner till den alls. ▶