

- kommentarer av Knut Haeger. Stockholm: Almqvists och Wiksells förlag, 1975.
6. The microbial plague continues [editorial]. *Nature Medicine* 1997; 3: 1.
 7. Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention. Stockholm: SBU, 1997. SBU-rapport nr 132, 1997.
 10. Diamond J. Why is sex fun? The evolution of human sexuality. Phoenix: Weidenfelt & Nichols, 1998.
 12. Campion EW. Power lines, cancer, and fear. *N Engl J Med* 1997; 337: 44-6.
 13. The World Health Report 1998. Life in the 21st century: A vision for all. Geneva: WHO, 1998.
 17. Gore A. Emerging infectious threaten national and global security. *American Society for Microbiology News* 1996; 62: 448-9.
 21. Weinehall L, Janlert U, Asplund K, Wall S. Folkhälsoarbetet behöver nya utvärderingsmodeller. Primärvårdsstödda program när djupare än storskaliga kampanjer. *Läkartidningen* 1998; 95: 3812-6.
 23. Sveriges läkarförbund. Läkare i folkhälsoarbetet. Ett preventionspolitiskt program från Sveriges läkarförbund. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 1996.
 28. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: SBU, 1998. SBU-rapport nr 138, 1998.
 29. Bailar III JC, Gornik HL. Cancer undefeated. *New Engl J Med* 1997; 336: 1569-74.

Med DAL:en säkrar vi diabetesvården

Införandet av diabetesansvarig läkare (DAL) i primärvården skulle innebära en viktig förstärkning för att säkra diabetesvårdens utveckling. Detta har framhållits av landets diabetologer, och en sådan arbetsmodell tillämpas också sedan 20 år vid vårdcentralen i Kisa, varifrån vissa erfarenheter redovisas i denna artikel.

Stig Attvall och Peter Nilsson inbjuder i *Läkartidningen* 49/98 specialister i allmänmedicin till debatt om resultaten av UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). Med facit i handen att god diabetesvård lönar sig för såväl patient som vårdgivare brådskar det att se över vår egen organisation för diabetesvård.

Ett väl fungerande diabetesteam i primärvården skapar förutsättningar för att uppnå just den minskning av sjukdomrelaterade komplikationer som presenterades i UKPDS. En förutsättning för att kunna visa detta inom hela landet är att primärvården ansluter sig till det nationella diabetesregistret. Därmed skapas förutsättningar för att sätta resultatet i relation till vårdorganisationens uppbyggnad, resurser och arbetsätt.

En administrativ nyckelperson

Chefsöverläkarna på landets vårdcentraler kan i tider av nedskärningar och pressad personalsituation inte förväntas hinna med att ge diabetesvården den prioritet som den borde ha i ljuset av UKPDS. Svensk förenings för diabetologi höstmöte i Karlstad 1997, »Samverkan över gränser primärvård och sjukhusvård», ställde sig bakom införandet av diabetesansvarig läkare (DAL).

DAL skall utses av verksamhetschefen och vara nyckelpersonen för att säkra diabetesvårdens utveckling. Självklart kan chefsöverläkaren och DAL vara en och samma person när intresset och engagemanget finns hos chefsöverläkaren. DAL följer fortlöpande ut-

DEBATT

”Med facit i handen att god diabetesvård lönar sig för såväl patient som vårdgivare brådskar det att se över vår egen organisation för diabetesvård.”

Författare

MELCHER FALKENBERG

docent, distriktsläkare, vårdcentralen, Kisa.

vecklingen på diabetesområdet och utgör ett stöd för diabetesteamet (diabetessjuksköterska, dietist, foterapeut).

DAL är vårdcentralens kontaktperson i vårdkedjan med medicinkliniken samt övriga berörda kliniker samt för det multidisciplinära foteamet på sjukhuset [1]. DAL blir en garant för att svara för rapportering till det nationella diabetesregistret. Dialog med medicins ansvarig sjuksköterska (MAS) och stöttning av den kommunala sjukvården är en mycket angelägen uppgift efter Ädelrefomen. DAL är således en administrativt mycket viktig nyckelperson.

Vid möten med distriktsläkare, diabetessköterskor, foterapeuter och dietister ute i landet rapporteras ett ofta återkommande upplevt problem, nämligen att man inte anser sig få stöd av chefsöverläkaren att driva utvecklingen av diabetesvården, kvalitetssäkra den, garantera utbildning av hela teamet samt rapportera till det nationella diabetesregistret.

Patienten

– en del av teamet

Förutom nämnda medlemmar av diabetesteamet räknar jag även in personen med diabetes som en viktig teammedlem. När patientundervisning, som skall ses som en självklar integrerad del av behandlingen, ges hög prioritet kan

personerna med diabetes utgöra en mycket viktig resurs. Deltagarstyrd, problemorienterad gruppundervisning är en lättillgänglig metod [2], som vid vetenskaplig utvärdering visat sig vara överlägsen traditionell, lärarcentrerad undervisning [3].

En kunnig och kravinriktad patient är dessutom en av de viktigaste drivkrafterna i utvecklingen av diabetesvården. Man kan också tillåta sig att »personifiera» datorstödet som en viktig teamresurs för att säkra uppföljning, kvalitetssäkring och stöd i rapporteringen till det nationella diabetesregistret.

Färre amputationer

Ovanstående arbetsmodell har varit i bruk vid vårdcentralen i Kisa sedan 20 år. Vid vårdcentralen handläggs idag 438 personer med diabetes, varav 40 med diabetes typ 1. Vårdcentralen ansvarar för ett upptagningsområde på 10 100 invånare. 99 procent av samtliga personer med diabetes typ 2 handläggs vid vårdcentralen.

Under 1980-talet redovisades en 78-procentig minskning av antalet amputationer: från 18 amputationer 1979–1983 till 4 amputationer 1984–1988 samt god HbA1C-kontroll [4]. Landsstinget i Östergötland har därefter varit en föregångare som sedan tre år tillbaka satsar på inrättandet av fotterapeut-tjänster på samtliga landstingets 41 vårdcentraler.

Minskad hjärtsjuklighet

Vårdtillfällena på sjukhus under diagnoserna akut hjärtinfarkt, gammal infarkt och angina pectoris (diagnosnummer 410, 411 respektive 412) minskade bland icke-diabetiker från 418 till 293 (30 procent) från 1979–1985 till 1986–1992, och bland diabetiker från 93 till 45 (45 procent) under samma period.

Under samma tidsperiod minskade antalet vårdtillfällen under diagnosen akut infarkt från 57 till 45 (19 procent) bland diabetikerna. Av de 57 vårdtillfällen slutade 23 med letal infarkt, och av de 45 fick 9 samma utgång, en minskning med 53 procent. Antalet vård dagar reducerades från 679 till 305 (55 procent).

Mat, motion, fetma

Självklart ska vi, som Staffan Lindeberg framhåller i Läkartidningen [5], intensifiera satsningen på förbättrat matbudskap och stimulera till ökad motion. Erfarenheter från träningskök vid vårdcentralen i Kisa och att vi kan hänvisa personer med diabetes, IGT och IFG till formaliserade motionspro-

nader visar att detta är viktiga hörnstenar i behandlingstrategin. Enbart genom att efterhöra motionsvanor och diskutera aktuell vikt kan vi lägga grunden till livsstilsförändring.

Idag förväntas att primärvården ska behärska en avancerad polyfarmaci avseende diabetes, hypertoni och dyslipidemi samt stöd i rökavvänjning. Utöver detta kommer att krävas stora insatser i primärvården för att behandla övervikt och obesitas, med mat- och motionsråd och beteendemodifikation samt eventuell farmakologisk behandling. Detta gäller vid såväl diabetes typ 2 som i ett primärpreventivt förhållningssätt.

Detta kommer att ställa än större krav på diabetesteamen som måste rusta sig för att bistå landets ca 800 000 personer med den kroniska sjukdomen obesitas. Man knackar redan på dörren – orkar vi med detta utan att göra avkall på diabetesvården?

Referenser

1. Konsensusuttalande om diabetikerns fotproblem. Stockholm: Spri, 1998 (Spri rapport 317).
2. Falkenberg M, Riis U, Forslöw A. Deltagarstyrd, problemorienterad diabetesundervisning. Video. Beställs hos Media Center, Universitetssjukhuset, 58185 Linköping.
3. Falkenberg M, Elwing B, Göransson B, Hellstrand B, Riis U. Problem oriented participatory education in the guidance of adults with non-insulin-treated type II diabetes mellitus. Scand J Prim Health Care 1986; 3: 157-64.
4. Falkenberg M. Förbättrad diabetesvård i primärvården ger minskat antal amputationer. Läkartidningen 1989; 86: 3450-3.
5. Lindeberg S. Begränsad effekt av diabetesmediciner vid typ 2. Läkartidningen 1998; 95: 5605.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994–95 publicerade Läkartidningen 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11–50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

Namn

Adress

Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19