

Livskvalitet – ett användbart mått på god sjukvård

Hur kan patienternas bedömningar bättre tas till vara?

Är livskvalitet ett bra effektmått i sjukvården?

Termen livskvalitet är, liksom hälsa, mångtydig och kan inte ges en distinkt definition. Båda dessa begrepp anknyter till mångsidighet och välbefinnande, men livskvalitet har ett avsevärt bredare innehåll. Begreppet ligger i betydelsen nära livstillfredsställelse och anger det relativa värde en person sätter på sin tillvaro. Förändringar i en rad faktorer påverkar upplevelsen, t ex behov, förväntningar, fysisk och psykisk funktionsförmåga, relationer till andra och till samhället och materiell standard. – Det är detta som åsyftas i reportaget med Göran Bodemar i Läkartidningen 10/99 [1]. Hälsorelaterad livskvalitet däremot innebär en avgränsning som underlättat operationalisering och ledande forskare inom området har enats om en minimiuppsättning domäner som bör ingå.

Standardiserade livskvalitetsmått initierades av läkare

Incitamentet till att detta område ut-

hålla sig till – behandla – befrias det från belastningen att behöva vara funktionsstörning och lidande och har då inte längre den skadliga makt över tanken ordet nu har, som gör människor till vegeterande offer för sjukdomen, vilket till och med kan bli en attraktiv identitet, »sjukrollen». Och om sjukersättningen i överensstämmelse härmed utslutande underordnades behandlingsarbetets målsättning bortföll detta absurda etiska dilemma, att vissa patienter ej får adekvat behandling, därför att de utestängs från något, varförutan behandlingen i övrigt kanske inte alls fungerar, rätten till sjukpenning. Funderingar kring sjukskrivningen skulle då inte heller längre behöva sabotera behandlingsklimatet genom att störa den öppna sannfärdiga dialog som utvecklar och fastlägger den gemensamma målsättningen och vara förutsättning för ömsesidig tillit.

S E »Eje» Åhström

leg läkare, psykiater, Bromma

vecklats inom hälso- och sjukvården angår »hälsans paradox»; förbättrad hälsoliv enligt traditionella indikatorer åtföljs inte automatiskt av förbättrat välbefinnande och tillfredsställelse med hälsan. Utvärdering av den givna vården kräver givetvis allmänt accepterade indikatorer. Livslängd, dödlighetstal, data från sjuk- och skaderegister och traditionella medicinska effektmått såsom labdata, läkarbedömd sjukdomsaktivitet, etc har här sin givna plats. Sådana indikatorer är dock otillräckliga för förståelse av hur människors livskvalitet påverkas av ohälsa och vilka vinster och begränsningar medicinska omhändertaganden medför i patienternas ögon. Tillförlitliga mätinstrument finns nu att tillgå där patienten själv bedömer den hälsorelaterade livskvaliteten, dvs väldefinierade nyckelområden som speglar symtombörda, funktionsinskränkningar samt välbefinnande fysiskt, psykiskt och socialt. Konsensus om begrepp och metoder har lett till dagens standardiserade frågeformulär med goda psykometriska egenskaper och jämförbarhet internationellt [2-4].

Nytta med livskvalitetsmått för sjukvården

Behandlingsregimer kan korrigeras på grund av livskvalitetsdata till att öka patienternas motivation att påbörja och

fullfölja behandling och optimera effekterna. Vårdtagaren själv kan få hjälp att bättre lägga märke till viktiga symptom, informera bättre om sjukdomsbörda och bieffekter av behandling och således underlätta att rätt patient får rätt behandling. Underlag för policybeslut i vården kräver i ökande utsträckning hänsyn till patienternas hälsorelaterade livskvalitet. Forskningsråd, etiska kommittéer och myndigheter som SBU och Läkemiddelsverket rekommenderar allt oftare livskvalitetsmått i kliniska prövningar.

Marianne Sullivan

professor, sektionen för vårdforskning, institutionen för invärtesmedicin, SU/Sahlgrenska, Göteborg

Ingela Wiklund

professor, Quality of Life R&D, Astra Hässle, Mölndal

Referenser

1. Wilhelmson B. Livskvalitetsmått kan bli förödande för sjukvården (reportage). Läkartidningen 1999; 96: 1216-9.
2. Shumaker SA, Berzon R. The international assessment of health-related quality of life: Theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications, 1995.
3. Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.
4. Salek S. Compendium of quality of life in-

Läkemedelsbehandlingen vid obesitas kommer in långt senare

I Läkartidningen 15/99 skriver Vendela Englund Burnett sagan om pillertrillarna och befolkningens nya bantningsmedel. Kejsarens nya kläder, XL. Läkemiddelsföretagen bistår läkarkåren med såväl fortbildning, läroböcker, BMI-snurren och måttband som pedagogiska hjälpmedel. Allt detta material kommer personer med övervikt och fetma till del samt även all sjukvårds- och friskvårdspersonal. Nu först när läkemedel kommit in på scenen vaknar intresset att bistå personer med den kroniska sjukdomen obesitas. Självklart är vi alla medvetna om att läkemiddelsindustrin är i färd att teckna in sina mark-

nadsandelar. Läkemiddelsindustrin och läkarkåren är överens om att basen i behandlingen är mat, motion och beteendemodifikation. Farmakologisk behandling kan bli aktuellt enbart i utvalda fall.

Det tål att påpekas att sjukvårdshuvudmannen inte har bibringat oss erforderlig tid, pedagogisk kompetens eller pedagogiska hjälpmedel för att bistå en halv miljon obesa svenskar som går en för tidig död tillmötes.

Vårdprogram för sjukdomen obesitas lyser med sin frånvaro liksom nationellt konsensus avseende behandlingsstrategi. Följdsjukdomar såsom hyper-

Linné hade rätt i mycket

Ulf Schöldströms artikel i Läkartidningen 6/99 om Carl von Linnés avhandling om frossan är tyvärr en smula missvisande. Nog har Schöldström rätt i att experiment på djur och empirisk metodik saknas, men von Linnés avhandling är ändå ett spännande dokument om tidiga uppfattningar om malaria i Sverige. Jag har läst avhandlingen ett antal gånger under de gångna åren och har beundrat de insiktsfulla beskrivningarna av frossans epidemiologi i Sverige. Han beskriver förekomsten i olika delar av landet, t ex »I Sverige, särskilt i de sydostliga trakterna, är frossan mycket allmän. I Uppland är ingen sjukdom mer endemisk och där synes den särskilt hava inästlat sig. Nästan alla studerande i Uppsala angripas av den ...» och »Om lapparne försäkrades, att aldrig någon av dem angripits av

toni, diabetes typ 2, dyslipidemi, hjärtkärlsjuklighet och förslitna leder kräver ett otal dyra läkemedel och skapar personligt lidande. Just detta perspektivet har fått oss distriktsläkare att nu flytta fram vårt handlande från tertiär- till sekundär- eller rent av till ett primärpreventivt förhållningssätt till den kroniska sjukdomen obesitas.

Englund Burnetts prissättning på antal minskade kg bör ske i ett vidare perspektiv än själva läkemedelskostnaden. Den bör inkludera vinsten av återvunnen hälsa, minskade kostnader för följsjukdomarnas läkemedelsbehandling, belastning på sjukvårdsapparaten, kostnader för sjukskrivning, sjukpensioner m m.

Vad artikelförfattaren helt glömt bort är att mat, motion och beteendemodifikation är basen i behandlingen och att läkemedelsbehandlingen kommer in i långt senare skede än vad som förespeglas i artikeln. Distriktsläkarkåren ser nakenheten med enbart läkemedelsbehandling. Allmänmedicinens hela garderob står till våra patienters förfogande och distriktsläkarna axlar inte manteln om man förlitar sig på enbart läkemedelsförskrivning.

Melcher Falkenberg
docent, distriktsläkare,
Kisa

frossa med undantag av en enda, som legat sjuk däri under tre veckor.»

Sedan beskriver han förekomsten i alla Sveriges delar med en epidemiologi som bra stämmer överens med landets varmare delar men också den främsta mitten av 1800-talet. Det sista fallet av malaria i Sverige var 1930 i Oxelösund.

Det är också spännande att han tror att lera i lerhaltigt vatten överför sjukdomen. Myggor lägger ägg i vatten. »Här hava vi alltså strax det som man bör tillmäta skulden, nämligen det lerhaltiga vattnet ... Salaån i Upsala har jag vid denna årstid sett grumlig och blek; jag iakttog årligen, huru alla familjer, vilka fyllde sitt behov med detta flodvatten, voro mer utsatta för frossa än de, som begagnade brunnar, ehuru icke heller dessa voro alldeles fria från föroreningar.» Det tar ju nästan 200 år innan Ross visar att Anopheles-myggan överför sjukdomen (Nobelpris 1901). Associationen till vatten finns ju också i det franska namnet på sjukdomen paludisme och det spanska paludismo, (palus latin för kärr). Italienskans malaria, dålig luft, syftar också på fuktig sådan. Man anade ett samband med vatten.

Naturliga och dietiska kurer

Vid behandling av frossan föredrog von Linné naturliga och dietiska kurer då man bl a skulle driva ut lerpartiklarna genom att öppna kärlen eller svettas ut sjukdomen. Von Linné kom att namnge växten Quina quina varifrån ett av de första läkemedlen mot malaria framställdes, kinabark, ett preparat vilket han också skriver om i sin avhandling under »Empiriska kurer».

Han skriver »Kinabark, se härom alla medicinska författare. Kinatinctur har varit ett mycket utskriket arkanum». Han nämner att askbark är ett ersättningsmedel, men vida sämre. Malört, tusengyllenört, gentianarot samt rävkor kommer i tredje hand. Det kan vara av intresse att vi nyligen bekräftat von Linnés beskrivning av ask-barks effekt på odlade parasiter. Både hydrofila och lipofila extrakt hämmar tillväxten av parasiten in vitro (opublicerat). Dessut-



Titelsidan på Carolus Linnæus doktorsavhandling.

om är det så att malört (*Artemisia absinthum*) är en artemesia-art. Från denna familj av växter har kinesiska forskare framtagit artemisinin, ett av de sista och mest verksamma medlen mot malaria.

Jag översänder gärna en kopia av von Linnés avhandling till den intresserade läsaren.

Mats Wahlgren
professor,
Karolinska institutet och
Smittskyddsinstitutet
mats.wahlgren@smi.ki.se

Referens

Linnæus, Carolus. Hypothesis nova de febrium intermittentium causa. Harderwijk, 23 Juni, 1735. Dissertatio Medica. Översättning och förord av Gustaf Drake. En ny hypotes om orsaken till frossa. Uppsala: Almqvist & Wiksells Boktryckeri, 1933.