

Dags att flytta ut screening av diabetes typ 2 till hemmen

Opportunistisk screening för diabetes typ 2 har bedrivits vid vårdcentralen i Kisa sedan 1979. Åtta år senare vid screening per post med 73,8 procents deltagande i målgruppen, personer 50–60 års ålder, fann man »mer en halv person» med icke diagnostiserad diabetes på varje känd (14/23) [1]. Erfarenheterna från Laxå har resulterat i rekommendationen att screena äldre än 45 år, personer med hypertoni eller hjärt-kärlsjukdom, BMI>30, dyslipidemi (särskilt triglyceridhöjning), invandrare från icke-europeiskt land samt personer med hereditet för diabetes (föräldrar och syskon) [2,3].

Från vårdcentral till hemmiljö

Det är nu dags att flytta ut den opportunistisk screening från vårdcentralerna till hemmiljön hos personer med diabetes typ 2. Första gradens släktingar (föräldrar och syskon) finns runt patienternas blodglukosmätare. Denna förutsättes vara kvalitetssäkrad i samband med besök hos diabetessjuksköterskan.

Att rikta screening mot denna målgrupp är en effektiv högriskstrategi då en ökad risk att insjukna i diabetes typ 2 föreligger. Detta gäller i synnerhet om man är fysiskt inaktiv, överviktig, fet och/eller rökande. Om man dessutom är bukfet med mer än 102 cm hos män och mer än 88 cm hos kvinnor ökar risken påtagligt [4]. Bukomfånget mäts med patienten i stående och efter utandning, mitt emellan revbensbågen och höftbenskammen.

Upptagningsområdet vid vårdcentralen i Kisa är drygt 10 000 invånare. Incidensen av diabetes typ 2 har legat omkring 30 nya fall per år sedan slutet av 1970-talet. Under 1999 ökade antalet påtagligt till 51 nya fall. Under året uppmanades personer med diabetes typ 2 till screening enligt ovan. De nya diagnostikerna bidrog med ett fåtal fall till ökningen.

Många överviktiga och feta personer sökte sig till vårdcentralen som ett resultat av att massmedierna uppmärksammade den nya möjligheten till farmakologisk behandling av fetman. Vid utredning ingick kontroll av B-glukos fastande. Dessutom passade man på att kontrollera längd, vikt, BMI, bukomfång, blodfetter och blodtryck för att fånga in flera komponenter i det meta-

bola syndromet. Det är hög tid att förhindra ytterligare ökning av antalet feta, och av komplikationerna kopplade till denna kroniska sjukdom [5].

Rekommendationen har varit att om man finner B-glukos icke fastande >8 rekommenderas diagnostiskt test med kontrollfaste-B-glukos eller vid behov glukostoleranstest [6]. I och med att den diagnostiska gränsen sänks från 6,7 mmol/l till 6,1 mmol/l vid kapillär provtagning torde även screeninggränsen kunna flyttas ned på motsvarande sätt. Stöd finns att i praktisk verksamhet använda den arbiträra gränsen 7 mmol/l [3].

Vinst med tidig diagnos

I Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus betonas betydelsen av patientens deltagande i den egna vården. Detta engagemang skulle även kunna omfatta screening med den högriskstrategi som ovan skisserats. Vi har mycket att vinna på tidig diagnos och ökad medvetenhet om förebyggande åtgärder med regelbunden motion, viktkontroll och rökstopp bland första gradens släktingar till personer med diabetes typ 2.

Ett forskningsområde ligger öppet för allmänmedicinen att utvärdera arbetssättet med screening utflyttad till hemmen.

Melcher Falkenberg

allmänläkare, docent, Kungsgatans vårdcentral, Linköping; under åren 1979–1999 distriktsläkare vid vårdcentralen i Kisa

Referenser

1. Falkenberg M, von Schenck H. Screening for diabetes mellitus using a self Administered blood spottest mailed for analysis. *Practical Diabetes* 1988; 5: 159-60.
2. Andersson DKG, Peterson C. Motiverat att screena för diabetes typ 2. *Läkartidningen* 1998; 95: 5167-70.
3. Andersson DKG, Peterson C. Hur påverkar nya kriterier incidensen av diabetes? *Läkartidningen* 1998; 95: 5171-5.
4. Lean M, Han T, Morrison C. Waist circumference as a measure indicating the need for weight management. *BMJ* 1995; 311: 158-61.
5. Falkenberg M. Steps towards the prevention of obesity and associated complications. *Inter J Obes* 1999; 23: suppl 4, 20-2.
6. Andersson DKG, Lundblad E, Svärdsudd K. A model for early diagnosis of type 2 diabetes in primary care. *Diabet Med* 1993; 10:167–73.

JO kan granska HSANs beslutsprocess

I Läkartidningen 12/00 (sidan 1462) och 20/00 (sidan 2526) har jag i samband med ett HSAN-fall påpekat det felaktiga med att Läkarförbundet utser (nominerar) en kollega till domare i nämnden. Det är en intressekonflikt som inte ens kan försvaras med att medlemmarna skulle kunna ha nytta av att ha en egen förtroendeman som domare. Nyttan har aldrig visats.

I det första inlägget frågade jag även HSAN om det var stor risk att av och till få så ytliga och kunskapssvaga beslutsunderlag som i det aktuella fallet. HSAN är svaret skyldigt. Tystnaden är kanske naturlig i ljuset av att själva nämnden aldrig får återkoppling eller diskuterar upphävida beslut, och har därmed ingen egen erfarenhetsbank. Sådana genomgångar är på andra håll självklara i allt kvalitetsarbete.

HSAN är en myndighet och dess beslut kan överklagas i sak, och därutöver kan dess verksamhetsprocesser grans-

kas av JO. Om en dålig utredning ligger till grund för ett fällande utslag kan själva processen vid prövning betecknas som världslos myndighetsutövning. JO kan efter anmälan och utredning påtala detta. Enskilda tjänstemän eller myndigheten i sig kan härvid kritiseras.

Bästa möjliga HSAN-kvalitet

Det aktuella fallet, som ledde till varning i HSAN (och överklagandet till friande), har så magert medicinskt beslutsunderlag att en granskning av JO kan vara motiverad. Den som är oförstående och missnöjd med en disciplinpåföljd kan först överklaga och sedan eventuellt överväga att be JO granska beslutsprocessen. JO anser att ett ärende inte bör vara äldre än två år, men sätter ingen strikt gräns. Patienter, vårdpersonal och samhälle skulle vinna på bästa möjliga HSAN-kvalitet.

Johan Fischer

överläkare, Värnamo