

terar att finansieringsansvaret skulle flyttas till staten.

Vi moderater vill i förlängningen gå steget längre. Vi menar att valfriheten att välja mellan entreprenörerna ska flyttas till den enskilda individen själv, som blir självständig i sitt beslut tack vare den av oss föreslagna obligatoriska och solida-riskt finansierade hälsoförsäkring.

I ett samhälle baserat på moderata värderingar går sjukvården mot en förnyelse som sätter patienten i centrum, lyfter professionen och minskar politikerinflytandet.

Cecilia Widegren (m)
gruppledare, regionstyrelsens
viceordförande
i Västra Götalandsregionen

Politiskt korrekt!

II Edgar Borgenhammars krönika i Läkartidningen 12/01 (sidorna 1412-3) var det mest politiskt korrekta jag någon gång läst i Läkartidningen. Åtskilliga ombudsmän skulle kunna ha skrivit den.

Inte ett ord om medicinsk kunskap, hur den bärs och fördjupas; fundamentet för den medicinska verksamheten.

Patientens högsta och första önskan måste vara att bli återställd så snabbt som möjligt, och därför att i första hand möta medicinsk kunskaps, få rätt diagnos och effektivt helande behandling.

Ola Sköld
leg läkare, professor,
Uppsala

SBU:s slutsats:

Underlaget otillräckligt för att bedöma effekten av familjeterapi vid astma hos barn

II I en artikel i Läkartidningen skriver Carl-Eric Flodmark om betydelsen av familjeterapi vid astma [1]. Av artikeln får man intrycket att familjeterapi har en påvisad effekt vid astma hos barn samt att denna behandlingsform dessutom är kostnadseffektiv.

Annat bedömning i SBU-rapport

Denna bedömning skiljer sig från den i SBU-rapporten »Behandling av astma och KOL« [2], där vi konstaterar att underlag saknas för att avgöra om familjeterapi är en verksam behandlingsmetod eller inte. Därmed inte sagt att familjeterapi är verkningslös men att behandlingsvinster återstår att dokumentera.

Olika krav på evidens

Anledningen till denna diskrepans mellan Flodmarks och vår bedömning är våra olika krav vad gäller evidens. SBU-gruppens utgångspunkt har varit att randomiserade och kontrollerade studier av viss storleksordning enligt bestämda kriterier måste föreligga för att det ska vara möjligt att formulera en slutsats.

Sju referenser ingår i Flodmarks avsnitt om astma och familjeterapi [3-9]. Av dessa är endast två randomiserade och kontrollerade [5, 7]. En av de uppgivna referenserna är en icke-systematisk översikt [3], och en går inte att finna i Medline [4]. En av studierna [6] bygger bl a på nästa referens [7]. De sista två referenserna är okontrollerade studier [8, 9].

Låg validitet

De två randomiserade studierna [5, 7] har också granskats i SBU-rapporten med slutsatsen att flera positiva fynd kunde konstateras i familjeterapigrupperna. En allvarlig invändning är dock att de flesta positiva förändringar noterats med experimentgruppen som egen kontroll, dvs en före-efteranalys vars validitet är mycket låg. Vid en jämförelse mellan experimentgrupp och kontrollgrupp försvinner de flesta skillnaderna. Studierna var mycket små med 21 respektive 17 barn.

Vi anser att två små studier, som uppfyller kriterierna för att bli analyserade, är ett för svagt underlag att dra några långtgående slutsatser ifrån. Detta måste man ha i åtanke när man beaktar de enstaka positiva fynd som gjorts till fördel för familjeterapigruppen.

Vi anser att framtida forskning i detta viktiga ämne kräver större och randomiserade studier med standardiserade

utvärderingsskalor för att mäta effekter på funktion och välbefinnande, dvs hälsorelaterad livskvalitet.

För SBU:s projektgrupp
Behandling av astma och KOL

Alf Tunsäter
leg psykolog, fil dr, specialist i allergologi, överläkare i medicin, Närsjukvården Österlen, Simrishamns sjukhus

Marianne Sullivan
professor i psykologi, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Mats Eliasson
docent, sakkunnig i medicin, projekt-samordnare, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Gunnar Boman
professor i lungmedicin, Akademiska sjukhuset, Uppsala, projektgruppens ordförande

Referenser

(inom parentes referensnummer i originalartikeln)

1. Flodmark CG. Familjeterapi tillämplig även i somatiska vården. Studieöversikt över medicinskt orienterad familjeterapi. Läkartidningen 2001; 98: 30-34.
2. Behandling av astma och KOL. Ett systematiskt kunskapsunderlag. SBU-rapport nr 151. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2000.
3. (7). Lask B. Family therapy. BMJ 1987; 294: 203-4.
4. (21). Lask B, Kirk M. Childhood asthma: Family therapy as an adjunct to routine management. J Fam Ther 1979; 1: 33-49.
5. (22). Lask B, Matthew D. Childhood asthma. A controlled trial of family psychotherapy. Arch Dis Child 1979; 54: 116-9.
6. (23). Gustafsson PA. Family interaction and family therapy in childhood psychosomatic disease [dissertation]. Linköping: Linköpings universitet 1987.
7. (24). Gustafsson PA, Kjellman NI, Cedersblad M. Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. J Psychosom Res 1986; 30: 369-74.
8. (25). Rathner G, Messner K. Bronchial asthma and systematic family therapy: treatment concept, initial contact and therapy follow-up. Paediatr Paedol 1992; 27: A49-54.
9. (26). Godding V, Kruth M, Jamart J. Joint consultation for high-risk asthmatic children and their families, with pediatrician and child psychiatrist as co-therapists: model and evaluation. Fam-Process 1977; 36: 265-80.