

Apropå bentäthetsmätning – »varför behandla när man kan utreda?«

II Östen Ljunggrens och medarbetares inlägg angående bentäthetsmätare (Läkartidningen 45/2002, sidorna 4563-5) gav ett ansikte åt deisen inom internmedicinen »varför behandla när man kan utreda?».

Anamnes och status viktigast

Som kliniskt verksam reumatolog är det rätt ointressant vid behandlingsinsättning om maskin A eller B visar det ena eller det andra. För mig är anamnes och status fortfarande det hjälpmiddel som primärt är det viktigaste i mitt arbete – anamnes med riskfaktorer, vilka idag är väl definierade och ej behöver upprepas i denna publikation, i kombination med status och längdmätning. Tumstock är ett alldeles utmärkt hjälpmiddel för etablerandet av diagnosen osteoporos och för insättande av behandling.

Häldexa – helkroppsdexa

Det som däremot är klart intressant och som tyvärr den forskning som bedrivs idag på universitetsklinikerna ej har kunnat visa är korrelationen mellan häldexa och helkroppsdexa, men jag ser fram emot en av medförfattarna, Eva Waern, jämförande studie i detta avseende. För oss som »konsumenter« av ortopedisk vård är det ytterst viktigt att kunna följa den av oss insatta behandlingen för att därigenom minska de osteoporosrelaterade frakturerna, vilka

idag riskerar att blockera ortopedens elektiva verksamhet.

Ger patienterna osteoporos

Som reumatolog ger jag mina patienter osteoporos. Tyvärr är kortisonet fortfarande ett av de viktigaste läkemedlen i den reumatologiska behandlingen. Jag har fortfarande inte fått svar på frågan om det är artrit eller behandlingen som är orsaken till osteoporosen vid reumatoid artrit. På grund av detta gråvatten, som självfallet är orsakat av vår egen oförmåga, kan detta vändas emot oss. I det landsting där jag arbetar har läkemedelskommittén rekommenderat den minst dokumenterade men billigaste behandlingsmetoden för diagnosen.

Motivet för att friställa medel från läkemedelsbehandling är att dessa pengar kan överföras till ortopedkirurgisk behandling. Om resonemanget fullföljs skulle det ju få förödande konsekvenser för sjukvården.

Det är just då, i detta känsliga läge där man kanske börjar inse i primärvården vilket enormt folkhälsoarbete som ligger framför oss med livsstilsändringar i befolkningen för att förhindra osteoporos, som Östen Ljunggrens och medarbetares inlägg kommer in som ett »fint« argument i debatten. Genom att marginalisera det hela till ett akademiskt problem – vilken maskin som skall användas – ger författarna våra beslutsfattare ett

perfekt underlag att expektera genom att hävda att professionen inte är överens inför insättande av terapi.

På en av landets universitetskliniker beläggs den befintliga dexan enbart till 50 procent. Skälet till detta är att resekostnaderna överstiger själva mätkostnaden. Så länge det befintliga systemet med köp/sälj inom primärvården föreligger kommer självklart allmänmedicinaren i sin prioritering mellan diabetes, hypertoni och osteoporos undvika att skicka patienter på bentäthetsmätning, då det är för dyrt!

Goda verktyg och uppföljning

Jag förstår att Östen Ljunggren och medarbetare skriver, men jag förstår faktiskt inte deras syfte. Är det att få mer avancerad apparatur till ett fåtal platser i riket eller är det att minska häldexamätning? Jag tror ingen idag sätter in behandling enbart på ett häl- eller helkroppsdexamätresultat, utan fortfarande använder sig av de klassiska hjälpmidlen, anamnes och status, men vad vi behöver är goda verktyg och en modern uppföljning av insatt terapi.

Henrik Peterhoff

reumatolog, Läkarhuset Kneippen, Norrköping; reumatologmottagningen, Lasarettet i Norrköping; medlem i Svensk reumatologisk förenings referensgrupp för osteoporos

Nytt från kvalitetsindikatorernas segertåg

II Med stor entusiasm kastar sig medicinska forskare in i det populära kvalitetsarbetet, nu senast en grupp framstående kärkirurger [1]. Som alltid är man nöjd med sin egen verksamhet, redan titeln, »Lovande början på kärkirurgins arbete med kvalitetsindikatorer«, ger en positiv framtoning av den egna verksamheten.

Några frågor

Som så ofta kommer påståendet – det tycks vara obligatoriskt i denna form av artiklar – att »variationen mellan kliniker var stor« utan att det klargörs vilken variation som är »normal« i någon mening. Det bör observeras att det knappast räcker med enkla beräkningar av vad slumpmässig variation kan ställa till med, eftersom klinikernas upptagningspopulationer inte grundas på någon slumpmässig fördelning av landets befolkning.

I slutklämmen formuleras ambitioner inför framtiden, bl a att »Variationen mellan kliniker skall minska med en fjärdedel till 2004«. Varför just en fjärdedel? Av vad skall fjärdedelen beräknas – variansen, standarddeviationen eller variationsvidden? Vilken variabel?

Hur har man beräknat målvärdena?

Ett antal ambitiösa »målvärden« har angivits, tex att det bör utföras minst 9 karotisoperationer per 100 000 invånare. För närvarande är riksmedelvärdet endast 5,7. Som statistiker kan jag inte låta bli att fundera över om det finns något statistiskt underlag för en politik där samma målvärde skall gälla över hela riket – förekommer det inga regionala variationer i förekomsten av behövande patienter i de olika upptagningspopulationerna? Eller ingår det i det »övergripande målet om lika vård för alla« att exakt samma andel personer skall ge-

nomgå en viss operation överallt i landet?

De målvärden som angivits är, så vitt jag kan förstå, sammanvägningar av vad modern expertis just nu anser vara optimalt. Det ligger givetvis ett stort ansvar i att söka styra utvecklingen i hela landet i enlighet med just dessa för tillfället etablerade ståndpunkter. Händer det aldrig att de ändras över tiden?

Presentationen av data

Kvalitetsarbetet är viktigt, och det har lagts ned mycken möda och avsevärda resurser på datainsamling och registeruppbyggnad. Just därför är det anmärkningsvärt att data i den aktuella artikeln fått en så bristfällig presentation. Tre av figurerna är av en diagramtyp som dyker upp då och då i medicinska sammanhang, förmodligen främst därför den är lätt tillgänglig i något användarvänligt programpaket. Varför inte utnyttja be-

prövade och väletablerade ansatser – presenterade i varje elementär statistisk lärobok – när det gäller att illustrera en statistisk fördelning, t ex med ett histogram?

Mortalitet och andel lyckade operationer

Presentationen av mortalitet och andel lyckade operationer görs utan hänsyn till klinikernas storlek. Varför inte plotta klinikerna med t ex antalet operationer som abscissa och mortaliteten som ordinata, och rita in konfidensgränser som beräknas med hänsyn till antalet operationer per klinik? Då skulle även de gränser som betingas av de ambitiösa målvärdena kunna läggas in, och det skulle framgå vilka kliniker som kommer i närheten av dessa. Jfr t ex Figur 1 i [2].

Replik:

Användbara kvalitetsindikatorer i praktisk sjukvård kräver enkelhet

■ Det är glädjande att Adam Taube läst vår artikel så ingående. Vi ser också positivt på förslag till förbättringar av arbetssättet. Det är emellertid att begära för mycket att tekniken skall vara fullt utvecklad redan från början. Redan titeln på vår artikel säger ju att arbetet är i sin linda. Det är också mindre troligt att Taubes raljerande ton underlättar den konstruktiva dialog som vore av värde.

Skulle vi ha väntat?

Skulle vi då ha väntat några år tills vi kunnat finslipa metodiken? Skulle vi inte redovisa skillnader som inte är statistiskt säkra? Svaret på dessa frågor är enligt vår mening nej.

De indikatorer vi angivit utgör några sätt att på ett enkelt sätt beskriva vilka resultat man uppnår med vården. Enkelhet behövs för att indikatorerna skall kunna vara användbara i praktisk sjukvård. Helt säkert kan dessa indikatorer inte användas för evigt, utan när ny kunskap tillförs kan de behöva modifieras.

Målvärdena

Vad gäller målvärdena så är de en subjektiv sammanvägning av vad som är vetenskapligt säkert och vår önskan att stimulera förbättringsarbete i syfte att kunna erbjuda befolkningen en bättre vård. Kravet på enkelhet leder även till beslutet att använda samma målvärde i hela riket. Visserligen kan det finnas regionala skillnader i befolkningens sjukvårdsbehov, men det finns indicier på att sättet på vilket sjukhusen väljer ut vilka patienter man vill operera spelar större roll, och det är bl a detta som vi anser det är viktigt att påverka.

Författarna påpekar att »man inte ännu kan göra säkra jämförelser mellan olika kliniker«, och den uppgiften blir naturligtvis inte lättare om man inte utnyttjar de statistiska tekniker som faktiskt finns att tillgå.

Slå ihop kliniker?

»Det skulle ur statistisk synvinkel behövas större patientmaterial på sjukhusen än vi har i dag, dvs en koncentration av verksamheten till färre sjukhus.« Måhända kan det ur flera synvinklar vara bättre med större enheter, men vore det inte lite byråkratiskt överambitiöst att slå ihop kliniker bara för att få en säkrare statistik?

Den ansats som antyds för kommande analysarbete – att jämföra kliniker på

grundval av längre tidsperioder än ett år – kan och bör givetvis tillämpas. Det behövs inte ske genom att direkt slå ihop data för t ex tre år – effektivare statistiska tekniker går att tillämpa.

Adam Taube

*professor, Uppsala
Adam.Taube@dis.uu.se*

Referenser

1. Elfström J, Bergqvist D, Björck M, Forsell C, Ljungström KG, Nordgren L, et al. Lovande början på kärlkirurgins arbete med kvalitetsindikatorer. Läkartidningen 2002; 99:4366-9.
2. Taube A. Osäkra data om infarkt. Resultaten övertolkade. Läkartidningen 1996;93:4620-2.

Borde inte originalpreparat kunna sökas via apotekens datorer?

■ Efter att ha läst Ragnar Asplunds artikel i Läkartidningen 44/2002 (sidorna 4370-3) skrev jag ut ett recept på desmopressintabletter, som enligt artikeln godkänns för indikationen nokturi. Det blev oväntade komplikationer.

Receptet inlämnades på apoteket en fredag eftermiddag, varför det då inte fanns tid att kontakta fabrikanten. Vid sökningen på apotekets dator framkom det nämligen att desmopressin endast finns i form av nässpray, något som bekräftades av tillkallad apotekskollega. Jag bad då, under hänvisning till artikeln i Läkartidningen, apoteket att vidare undersöka hur det förhåller sig.

På tisdagen fick jag telefonbeskedet från apoteket att firman bekräftat att desmopressin endast finns i sprayform. Jag fick rådet att själv kontakta firman. Jag tillstyrkte att apoteket fick riva mitt recept.

Firman bekräftade att desmopressin endast finns i sprayform. På mina frågor blev jag underrättad om att det inte finns planer på att framställa desmopressin i tablettform. Då jag hänvisade till Läkartidningens artikel kom det till slut fram att originalpreparatet heter Minidrin.

Allt detta krångel hade kunnat undvikas genom att slå i substansregistret i Fass, men det tänkte varken jag eller apotekspersonalen då på. Jag ringde slutligen in ett recept på Minidrintabletter, som fanns inne på apoteket.

Ragnhild Gullberg

*professor emerita,
Danderyd*

Johan Elfström
Johan.Elfstrom@lio.se
David Bergqvist
Martin Björck
Claes Forssell
K-G Ljungström
Lars Norgren
Tommy Skau
Thomas Troëng
*samtliga är medlemmar
i ledningsgruppen för Swedvasc*