

na. Sensitiviteten är 89 procent, vilket innebär att 36 (0,89×40) av artrosfallen upptäckts med testet. Fyra artrosfall upptäckts inte. I det här exemplet finns 960 »friska« personer utan knäartros. Specificiteten 88 procent innebär att 845 (0,88×960) av de friska har negativt test. Däremot har 115 friska personer positivt test.

Det positiva prediktionsvärdet blir alltså endast 24 procent (36/151) om vi använder ACRs kliniska test som screeninginstrument i en normalbefolkning. Endast var fjärde individ med positivt test har verkligen knäartros! Övriga har andra orsaker till sina knäsmärtor.

Som vi kanske redan visste varierar det prediktiva värdet av ett positivt test med sjukdomens prevalens [8]. De viktiga frågorna blir därför: vilken är prevalensen av knäartros bland patienter med knäsmärta på våra mottagningar? Är det skillnad på testets värde på en vårdcentral och en ortopedmottagning?

Patienter med knäsmärta i primärvården

När vi i primärvården möter patienter med knäsmärta har naturligtvis en selektion ägt rum. Primärvårdspopulationen med knäsmärta är sjukare än normalbefolkningen och har en större sannolikhet för knäartros, annars hade man rimligtvis inte sökt oss. Ännu större blir sannolikheten, eller prevalensen av knäartros, i den population som undersöks för knäsmärta av ortoped.

Med hjälp av formeln [8]:

$$\frac{\text{prevalens} \times \text{sensitivitet}}{\text{prevalens} \times \text{sensitivitet} + (1 - \text{prev}) \times (1 - \text{spec})}$$

kan vi räkna ut prediktivt värde för positivt test.

Om vi sätter in siffrorna från ACRs kliniska kriterier ser vi att prevalensen av knäartros måste vara minst 12 procent i den population man använder testet på för att det positiva prediktiva värdet ska överstiga 50 procent, dvs för att testet ska vara minst lika bra som en ren gissning. Frågan blir nu om vi i tillräcklig utsträckning känner prevalensen av knäartros i olika primärvårdspopulationer?

En annan brytpunkt måste vara när man möter en population med prevalens av knäartros kring 50 procent. Genom att gissa träffar man rätt varannan gång i en sådan population, men med ACRs kliniska kriterier förfogar man i en sådan situation över ett test med cirka 90 procent prediktivt värde enligt ovan.

Det är också viktigt att tänka på att man i den diagnostiska processen selekterar populationen. Vid någon punkt är prevalensen av sjukdomen så hög att man inte har nytta av ytterligare test.

Detta kan naturligtvis vara fallet vid en specialistmottagning.

Vårdefterfrågan påverkar

Patienternas mönster för efterfrågan av vård medverkar också i denna selektion. I en extremt »efterfrågestyrd« sjukvård eller vid överkonsumtion av sjukvård måste vi ställa stränga krav på olika tests prestanda. Vi närmar oss då situationen för screening. I motsats blir kraven lägre vid starkt »behovsstyrd« sjukvård. I extremfallet försvinner behovet av ett test. T ex om någon person söker med flera dygns hög feber, hosta, missfärgade upphostningar och dåliga andningsljud behöver vi som regel inte remittera för lungröntgen för att fastställa diagnos och besluta om behandling.

Med ovanstående resonemang vill vi fästa uppmärksamhet på nödvändigheten av att veta prevalensen av ett tillstånd för att i en specifik population kunna uttala sig om nyttan av ett test med viss sensitivitet och specificitet.

Det här inlägget är i första hand skrivet för att slå ett slag för »Journal clubs«. Det finns en artikel i ett aktuellt nummer av BMJ som på ett enkelt sätt beskriver förutsättningarna för framgång i sådana studiecirkel [4]. Bilda klubbar för evidensbaserad medicin (EBM)!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Lohmander S. Artros är vanligt, mycket vanligt. Läkartidningen 2002;99:4242-3.
2. Boegård T, Jonsson K. Höft- och knäledsartros – konventionell röntgen bästa och billigaste diagnosmetoden. Läkartidningen 2002;99:4358-60.
3. Roos E. Kliniska kriterier bästa stöd för diagnosen lätt till mätlig artros. Läkartidningen 2002;99:4362-4.
4. Gibbon A. Organising a successful journal club. BMJ 2002;325:S137.
5. Grimes D, Schultz K. An overview of clinical research; the lay of the land. Lancet 2002;359:57-61.
6. Flores R, Hochberg M. Definition and classification of osteoarthritis. In: Brandt KD, Doherty M, Lohmander LS, eds. Osteoarthritis. Oxford: Oxford Medical Publications; 1998:1-12.
7. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. Ann Rheum Dis 2001; 60:91-7.
8. Ahlbom A, Norell S. Grunderna i epidemiologi. Lund: Studentlitteratur; 1987:33-6.

Ett brev från färdtjänsten kan betyda så mycket

■ Snart 90-årig välutbildad och vital moder får ett brev från färdtjänsten som beskriver att hon under året haft 102 resor under de tre sista kvartalen i resetilldelning. Vad hon skall göra med denna information förstår hon inte – hon är ju faktiskt mera intresserad av att veta vilka resor hon disponerar framgent än antalet tilldelade resorna under året som gått.

Släng brevet

Jag läser igenom brevet och förstår heller ingenting. När jag ringer upp färdtjänstenhetens handläggare får jag veta att vi lika gärna kan kasta brevet, som är ett grupp-brev till alla 86 000 kunder på färdtjänsten – det var ändå bara en avrapportering utan intresse för min mor.

När jag ändå försöker förstå innehållet i brevet får jag veta att det gällde att tala om för henne vilka resor hon fått under året. Jag undrar försynt om man kanske hade kunnat tillägga »retrospektivt« någonstans i texten, och det tycker handläggarna var en lysande idé. Självfallet har hon 92 resor för år 2003 – att det inte står någonstans i brevet beror på att man inte kan skriva individuella brev till de 86 000 färdtjänstkunderna ...

Vem kan läsa dokumentet?

Om jag med massiv erfarenhet av att uttala byråkratiska ukaser inte förstår innehållet i färdtjänstens skrivelse, hur är det då möjligt för stackars kunder att skumögt kunna stava sig igenom detta dokument?

»Vi har faktiskt fått väldigt få förfrågningar«, uppger handläggaren på färdtjänsten. Sannolikt beror det på att de stackars kunderna inte fattat vad det hela handlat om och gjort precis som färdtjänstkansliet föreslår: slängt eländet i papperskorgen. Men vi kunde väl åtminstone ha använt portot på något mera ändamålsenligt sätt? 86 000 frimärken hade kanske räckt till en handläggare med högre kompetens i kommunikationsteknik?

Stephan Rössner

professor, överläkare
Huddinge Universitetssjukhus
stephan.rossner@medhs.ki.se