

SLUTREPLIK 1 OM SCREENING FÖR RISKABLA ALKOHOLVANOR:

Större oenighet än det verkar?

■ I sin replik »Screening kan stjälpas mer än den hjälper« till vår kommentar »Screening och ge individuellt stöd – och glöm inte kvinnorna och sjuksköterskorna!« (båda i Läkartidningen 50–51/2009, sidorna 3441–2) skriver Hedberg m fl:

»Många patienter i primärvården utan missbruk eller beroende söker för symtom som kan vara alkoholrelaterade – exempelvis högt blodtryck, sömnsvårigheter, ångest depression, magbesvär, hjärtklappning, värk, trött-

het etc. Här räcker det att förklara sambandet för patienten, samt, om det är adekvat, föreslå patienten att halvera eller minska alkoholkonsumtionen för att se om symtomet förändras till det bättre.«

Det tycker vi är en bra beskrivning av ett screeningförfarande som vi kan förorda. Här är vi alltså överens. Vi är eniga om att råden till patienten bör individualiseras, och för att kunna göra det måste man fråga om och kunna värdera alkoholvanorna.

Troligen identifieras fler riskbrukare i dessa riskgrupper om ett standardiserat screeninginstrument används; frågan är hur detta ska göras utan att skapa irritation eller resurskrävande rutiner.

Det finns dock en mycket omfattande praktisk och vetenskaplig erfarenhet av screening av alkohol i primärvården i Sverige och utomlands, som till övervägande del är mycket positiv. Detta gäller också screening utförd av sjuksköterskor. Däremot visar stu-

dier att den kliniska blicken är suddig och missar många riskbrukare.

Sven Andréasson

docent, avdelningschef, Statens folhälsoinstitut, Östersund
Sven.Andreasson@fhi.se

Anders Romelsjö

professor, specialist i allmänmedicin och socialmedicin, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet
Anders.Romelsjo@ki.se

SLUTREPLIK 2:

Det vi kritiserar är den standardiserade tillämpningen

■ Andréasson och Romelsjö slirar i resonemanget! Med screening avses medicinska undersökningar av individer i en population för att diagnostisera en sjukdom utan att individerna i populationen uppvisar några symtom på sjukdomen. Alltså gör man det på alla utan urskiljning och utan att »fråga om lov«.

Det är just tillämpningen av ett standardiserat alkoholscreeningsinstrument som vi ifrågasätter; det kan störa

»... det kan störa läkare-patientrelationen och dessutom minska benägenheten att ta upp alkoholfrågan i fortsättningen.«

läkare-patientrelationen och dessutom minska benägenheten att ta upp alkoholfrågan i fortsättningen. Det visar erfarenheten från riskbruksverkstäderna och nu den aktuella uppföljningen av 131 allmänläkare.

Att däremot ta upp alkohol hos patienter med symtom

som kan vara alkoholrelaterade är något helt annat. Då finns både ett medicinskt och ett moraliskt imperativ att föra alkohol på tal.

Det är problematiskt att Andréasson och Romelsjö inte uppmärksammar denna skillnad!

Charlotte Hedberg

familjeläkare, Kvartersakuten Surbrunnsgatan; pedagogisk adjunkt, Centrum för allmänmedicin, Karolinska institutet, Stockholm

Ingemar Engström

överläkare, professor, Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro

Renée Vickhoff

distriktsläkare, Kärråkra vårdcentral, Eslöv

Niels Lynøe

specialist i allmänmedicin, professor, Centrum för hälso- och sjukvårdsetik, Karolinska institutet, Stockholm
niels.lynoe@ki.se

Fick svar från socialministern om privatläkarna

■ Angående vårdval i Stockholms läns landsting.

I brev till landstingsledningen har jag redovisat konsekvensen av ett genomförande av vårdvalsreformen enligt landstingets intentioner. Dessa är väsentligt mer rigorösa än de i Region Skåne.

Omfattningen av verksamheten är cirka 115 läkare med specialitet i allmänmedicin och cirka 320 000 besök årligen samt övriga specialist-

läkare med omkring hälften av dessa siffror. Dessa patienter har gjort ett aktivt val att inte gå till vårdcentral utan går till privatläkare.

Konsekvenserna blir förödande för patienterna då privatläkarna tvingas upphöra med sin verksamhet.

Mot den bakgrunden tillskrev jag socialministern för att få ett besked om hur regeringen ser på denna fråga och fick ett uttömmande och klarläggande

svar, ur vilket jag citerar valda delar.

»Min utgångspunkt som socialminister är att förbättra tillgängligheten för patienter till hälso- och sjukvården. Jag vill värna patienternas intresse och kontinuiteten i att kunna vända sig till den mottagning man känner sedan tidigare. Hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig och av hög kvalitet, vilket en mångfald av vårdgivare bidrar till. Regeringen har där-

för möjliggjort ersättningsetableringar enligt lagen (1993:1651). Regeringens avsikt är att mindre, privata läkarmottagningar ska kunna finnas kvar även om läkaren byts ut. Vårdval handlar om att sätta patienten i centrum, genom att vårdens resurser följer patientens val«.

Maud Moller Skogby

med dr, leg läkare, Stockholm
grevture@telia.com