

Slutreplik

# Skjut inte bara på budbärarna!



**SVEN ENGSTRÖM**, distriktsläkare, vårdcentralen Ryd, Linköping sven.engstrom@lio.se

**SIGVARD MÖLSTAD**, professor, primärvårdens FoU-enhet, Jönköping

Roos' och Ellegårds argumentationsteknik, att plocka detaljer ur helheten och förfäras, är inte speciellt konstruktiv och inbjuder inte till diskussion av sakfrågorna. Det känns visserligen hedrande att Ellegård och Roos tror att vårt diskussionsinlägg av våra kolleger uppfattas som förslag till nya nationella handläggningsrekommendationer, men vi tror att våra kolleger och Läkartidningens läsare kan skilja på debatt och rekommendationer. Vi förbehåller oss även i fortsättningen rätten att tänka, värdera evidensbaserad litteratur och dra kliniska slutsatser.

**Vi stöder och försöker följa konsensus**

Vi rekommenderar alla som följer denna debatt att läsa konsensusdokumentet och dess bakgrundsdokument (www.strama.se). Låt oss klargöra att vi stöder och försöker följa konsensusdokumentet från år 2000 och förväntar oss att andra läkargrupper också gör det. Om barn handläggs enligt konsensusdokumentet kommer antalet otitdiagnoser och därmed antalet kontroller efter tre månader att minska (eftersom många barn blir besvärsfria spontant inom ett dygn). Om detta är Roos' och Ellegårds egentliga problem borde man kanske inte bara skjuta på budbärarna.

Den låga återbesöksfrekvens efter otit som vi hade noterat (den mätningen gjordes före år 2000, och patienterna fick upprepade kallelse vid uteblivande) förskräcker Ellegård och Roos. Kan skillnaderna i erfarenhet återspegla skillnaderna mellan patientgrupper? Det ingick inte i konsensusgruppens uppdrag att ta ställning till kontrollen efter en konstaterad akut öroninflammation, varför tidigare beslut kvarstod, dvs att alla patienter rekommenderades en kontroll. Även om indikationerna för rörbehandling bestäms av öron-, näs- och halsspecialisten är frågan intressant.

**Fel att generalisera utifrån riskgrupper**

I en aktuell Cochrane-metaanalys [1] konstaterades att nyttan av rörbehandling vid serös öroninflammation var liten. Som Ellegård och Roos riktigt påpekar är inte viktiga riskgrupper studerade, och resultaten bör därför inte generaliseras till alla barn. Lika fel blir det att generalisera utifrån riskgrupperna. Även i fortsättningen kommer jag inte att eftersöka en 5-åring, med sporadisk öroninflammation, som uteblivit från en given kontrolltid!

En viktig fråga, som vi lyfte i vårt förra inlägg, är om det är enbart symtomgivande akuta öroninflammationer som ger behandlingskrävande sekretorisk otit. Om så inte är fallet känns det angeläget, trots Ellegårds och Roos' invändningar, att genom information till föräldrar och förskolepersonal öka deras uppmärksamhet på tecken till hörselnedsättningar, oberoende av orsak!

**Allmänläkaren och specialisten**

Inläggen i denna debatt, som sannolikt skulle kunna pågå i oändlighet, belyser väldigt tydligt de problem och den affekt

som kan uppstå i diskussioner mellan specialister och allmänläkare. Vi utgår ofta från helt olika patientgrupper och erfarenheter, vilket återspeglas i argument som kan te sig helt oförenliga.

Primärvården kan ofta dra slutsatser ur placebokontrollerade studier, eftersom flertalet av de patienter som vi handlägger är inkluderade. Specialistens perspektiv och vardag är ibland enbart de i studierna undantagna grupperna, i detta fallet de minsta barnen, barn med recidiverande otiter eller speciella riskgrupper. Att denna skillnad i patientselektion medför olika patientbehov, riskbedömningar och sjukvårdsbehov måste också specialister försöka förstå.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Lous J, Burton MJ, Felding JU, Ovesen T, Rovers MM, Williamson I. Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. Cochrane Database Syst Rev 2005(1):CD001801.