

Pisksnärtsskador samhällsproblem snarare än kultursjukdom

■ Att, som Markus Beland gör i Läkartidningen 48/2003 (sidorna 3998-4001), kalla pisksnärtsskador för kultursjukdom är en skymf inte bara mot de skadade utan även mot kulturen. Ordet kultur emanerar från latinet och definieras i lexikon som odling, ursprungligen syftande på jorden, senare även i mer vidsträckt betydelse på alla mänskliga verksamheter, andliga och materiella, och på resultat av dessa verksamheter som förs vidare till efterföljande generationer. I Kants definition benämns kultur som »något högre än vad naturen själv kan åstadkomma«.

Man kan i detta sammanhang med viss intellektuell möda hålla med om att en pisksnärtsskada är ett resultat av en materiell verksamhet, som t ex bilåkande, idrottsutövande, misshandel och liknande aktiviteter som pågår i vårt civiliserade samhälle. Men att resultatet av denna gärning, själva skadan, skulle föras vidare till nästa generation, som om det vore ett virus eller en nymutation eller en förvärvad egenskap som flyttas över på vår avkomma med andra magiska medel, har jag inte sett något vetenskapligt bevis för. Att utrota farsoten pisksnärtsskador låter sig inte göras utan att människans attityd till våld ändras och hennes kunskap om sårbarheten av vår kropp och dess funktioner ökar.

Ta ansvar för patienterna

Det är nu hög tid att läkare tar sitt ansvar för patienterna istället för att identifiera sig som tjänstemän åt landstingets makt-havare, även om man känner ett outtalat hot mot den egna karriären genom att inte uppföra sig politiskt korrekt.

Om vi skulle ha gjort så som vi en gång lärde då vi konfronterats med pisksnärtsskadade som presenterar kroniska besvär med en mängd disparata symptom, och lagt ned all den möda på diagnostik som vi gör vid andra svåra sjukdomstillstånd, hade vi sannolikt kunnat erbjuda adekvat behandling, bot eller åtminstone lindring, vilket vi inte lyckas med idag.

Istället har andra obskyra krafter som väddar till människans girighet gjort det möjligt att förhindra den medicinska utvecklingen inom nackskadeområdet, vilket har lett till vår tids häxjakt på en grupp människor som på grund av att skadan drabbar själva centrala nervsystemet ej har en chans att försvara sig mot det angrepp från hela samhället i form av anklagelser om lättja, arbets-ovillighet, försäkringsbedrägeri och psykisk instabilitet som blivit resultatet.

Denna »kultursjukdom« ska behand-

las som andra sjukdomstillstånd, trots att vi tidigare inte känt till den. Om vi läkare går med på önskemålen från dem som hanterar våra skattepengar och slutar att diagnostisera sjukdomar och bara avfärdar alla symptom som inbillade modetrender som inte kräver samhällets resurser, så behövs vi inte.

Det blir billigare, men blir det bättre?

Om du drabbas av »modesjukdom«?

Tänk om du själv drabbas av en »modesjukdom« och upptäcker att den gör förskräckligt ont, och att den gör dig helt försvarslös så att du dör om ingen annan tar hand om dig? Ett sådant samhälle fö-

refaller i alla fall mig mer skrämmande än alla andra framtidsscenarier som den kulturella eliten förespeglar.

Vi måste återerövra den vetenskapliga och medicinska nyfikenhet som ursprungligen förhoppningsvis lockade de flesta av oss till läkaryrket och låta den vägleda vår läkargärning istället för maktlystnad och girighet. För att tillfredsställa sådana behov finns andra yrken.

Ulla Bergholm

*med dr, specialist
i allmänkirurgi, Järfälla
ulla.bergholm@chello.se*

Replik:

Vetenskaplig nyfikenhet att försöka förstå det oklara

■ Ulla Bergholm ogillar användningen av ordet »kultur« i samband med pisksnärtsskada. I min artikel letar jag efter förklaringar till den till synes stora skillnaden i förekomst, uppmärksamhet och tolkning av olika syndrom med »diffus« sjukdomsbild som finns mellan Sverige och andra länder. Där ingår, bland fibromyalgi, elöverkänslighet och utbrändhet, även pisksnärtsskadan.

Jämförbara fysiska livsvillkor, med hänsyn till pisksnärtsskadan i synnerhet jämförbar biltrafik, föder tanken att skillnaden bör letas i kulturella sammanhang där olikheterna mellan länderna är stora. Med »kulturella sammanhang« menar jag bland annat ett påfallande stort intresse för hälsa och sjukdom i Sverige och en relativt dominerande biomedicinsk »monokultur«. Traditionellt stark fokusering på arbetsliv och samhälle samt möjligen en generellt konflikt-

undvikande hållning är andra kulturella faktorer som kan vara av betydelse. Anmärkningsvärt i detta sammanhang är även den sparsamma användningen av psykoterapi i behandlingen av dessa syndrom.

Nedvärderar psykosocial situation

I god tradition verkar Berglund insinuera att det är nedvärderande att betrakta även (pisksnärts-)patientens psykosociala situation. Att förstå det »oklara« i somatoforma och besläktade syndrom och att försöka se större sammanhang, när vårt biomedicinska dogma så uppenbarligen inte räcker till, är inte just detta den vetenskapliga nyfikenhet som Berglund efterlyser?

Markus Beland

*distriktsläkare, Jokkmokks vårdcentral
markus.beland@nll.se*

Ärlighet och datajournal – säkerheten god

■ I Läkartidningen 47/2003 (sidan 3892) diskuterar Cecilia Mattsson, ST-läkare på medicinkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, faran i att läkarna i efterhand skulle frisera datajournalanteckningar i händelse av anmälan till Ansvarsnämnden. Hon påpekar att man i en icke signerad datorjournalanteckning kan ändra utan att ändringen sedan framgår. Hon framhåller vidare att frågan är ett delikat diskussionsämne, eftersom läkarkårens ärlighet och integritet kan ifrågasättas.

Jag förstår Cecilia Mattssons oro, men jag tror att dylika ändringar i an-

teckningarna sällan blir aktuella i praktiken. Inte för att vi läkare skulle vara mer eller mindre ärliga än andra yrkesgrupper, utan för att jag här hyser en stark förtröstan på papperskvarnarnas grundlighet och långsamhet.

Signeringen

När en eventuell anmälan kommer i ett brunt kuvert från HSN är anteckningarna rimligen signerade, om inte aktivt av läkaren själv, så genom automatläsning. Detta är en funktion som finns i BMS-systemet, och liknande funktion finns även i andra journalsystem. Den

har tillkommit just för att förhindra att anteckningar ändras långt i efterhand. Efter automatlåsning finns den gamla texten kvar även efter ändring. Tidsintervall för denna automatlåsning definieras lokalt inom varje landsting.

I Västerbotten har denna gräns satts till 6 månader för att göra det enklare att komplettera en anteckning med sent inkomna provsvar etc. Denna funktion ersätter inte signeringskravet, men gör att alla ändringar i texten lagras. (Reglerna om sigering har som bekant fått bisarra effekter – signeringen har till stor del blivit en rituell altartjänst). Men även om den ändrade texten i en *osignerad* anteckning inte sparas, så loggas själva ändringstillfället. Storebror ser oss.

Avvägning mellan dokumentation och vård

Det blir alltid en avvägning mellan hur mycket resurser man ska lägga på byråkrati, sekretess, säkerhet och dokumentation, och hur mycket på själva sjukvården. Visserligen är det väl så att det som ej är skrivet, det finns helt enkelt inte ett år senare när man blir anmäld, och att lagen har strikta krav på journalföring. Men enligt min erfarenhet som granskare av patientförsäkrings- och Lex Maria-ärenden är dokumentationen oftast är tillräcklig för att man i efterhand ska kunna rekonstruera händelseförlopp. Vi gör så gott vi kan under pressade förhållanden kl 3 på natten på akuten.

Överdokumentation ett större problem

Snarare är väl det oftare en besvärande överdokumentation som är problemet, inte bara för den luttrade granskaren, utan kanske i än högre grad för patientsäkerheten. Det finns idag en stor risk att vital information kommer bort i allt brus av onödigt och meningslös dokumentation. Det kan också – paradoxalt nog – vara en fara för patientsäkerheten att alltför mycket låta sitt kliniska handlande ständigt grundas på fruktan för att bli anmäld.

Man ska heller inte glömma att de gamla kära pappersjournalerna, som visst fortfarande lär förekomma på sina håll, ingalunda voro huggna i granit. Snarare var möjligheterna till förfälskningar och tillrättaligganden större, och sekretess och säkerhet lär heller inte ha varit hundraprocentiga. Jag tror därför inte att det vore praktiskt att spara ändringar i osignerade journalanteckningar, och att det heller inte skulle öka säkerheten eller rättstryggheten.

Olle Svensson

systemägare för BMS datajournal i Västerbotten; professor i ortopedi, Umeå
olle.svensson@orthop.umu.se

Cancerforskare, sluta redovisa konfidensintervall när det inte behövs!

■ Med förvåning kan man i vetenskapliga tidskrifter läsa svenska artiklar som redovisar osäkerhet i form av konfidensintervall eller p-värden trots att det av metodbeskrivningen framgår att undersökningen är en populationsbaserad totalundersökning som använt det svenska cancerregistret, ofta i kombination med andra heltäckande register som t ex registren över slutenvård eller folk- och bostadsräkningen.

Inget behov av konfidensintervall

En sökning på Medline av orden »cancer, risk, Sweden, registries, population« ger bland mycket annat också några exempel på denna typ av artiklar. Givet att man har alla relevanta fakta om de personer som ska beskrivas så kan man naturligtvis exakt beskriva hur något har varit. Det finns ingen statistisk osäkerhet till följd av urval och därmed inget behov av konfidensintervall.

Med hjälp av cancerregistret kan vi i Sverige bestämma förekomst, risker, överlevnad m m helt utan statistisk osäkerhet. Detta innebär möjlighet till klart bättre beskrivningar av cancersjukdomar i den svenska befolkningen jämfört vad länder utan cancerregister kan göra.

Trots detta väljer alltså en del svenska forskare att redovisa konfidensintervall i totalundersökningar. Grundläggande för en undersökning är att veta vilka personer man vill uttala sig om, dvs att det finns en väldefinierad population. Använder man det svenska cancerregistret så är det naturligt att definiera populationen som personer boende i Sverige under perioden 19XX–20YY.

Kan inte ses som urval

Kan man då se den svenska populationen som ett urval ur världspopulationen eller kanske som ett urval i tiden så att resultaten också ska gälla framtida populationer? Tyvärr går det inte att göra sådana generaliseringar med hjälp av t ex konfidensintervall.

Ett korrekt urval ur världspopulationen skulle antingen ha inneburit ett slumpmässigt urval av antingen individer i världen (individer) eller länder i världen (gruppurval). Den svenska befolkningen kan knappast ses som ett slumpmässigt individurval och det behövs fler länder än Sverige för att kunna beräkna osäkerhet vid gruppurval.

Vad gäller framtida populationer i Sverige så kan man göra prognoser men att generalisera från dåtid till framtid

kräver fler antaganden än de som ingår i beräkningar av t ex konfidensintervall.

Hur bör totalundersökningar redovisas?

Hur ska då totalundersökningar redovisas? Har man följt hela den svenska befolkningen under en viss period så är det som kommer fram korrekt med reservation för eventuella brister i de register som använts och de beräkningar som gjorts. Vill man sedan generalisera sina resultat till andra länder så kan detta ske utifrån medicinsk eller annan kunskap om likheter mellan andra länders befolkningar och den svenska.

Vill man generalisera sina resultat till framtida befolkning (prognos) så krävs antaganden som t ex att »resultaten var relativt konstanta över tiden och så länge inga större förändringar sker av kända riskfaktorer så kommer resultaten gälla även framtida befolkning i Sverige«. För prognoser finns också möjligheten att använda statistiska prognosmodeller där s k prognosintervall går att få fram, givet att de antaganden som görs om historisk/framtida utveckling är korrekta.

Borde kunna höja oss

När vi nu har ett cancerregister som ger facit till en mängd intressanta frågeställningar så borde vi i Sverige kunna ta forskningen till en högre nivå än att nöja oss med att redovisa konfidensintervall, vilka alltså inte ger någon extra kunskap.

Henrik Dal

fil kand, statistik, Samhällsmedicin,
Stockholms läns landsting
henrik.dal@smd.sll.se

Mikael Andersson

fil doktor, statistik, matematisk statistik,
Stockholms universitet

Roligt, intressant och välformulerat

■ Vill bara framhålla min stora uppskattning av »Inlägg utifrån« av Nils-Eric Sandberg i Läkartidningen 1–2/2004 (sidorna 159–60). Mycket roligt, intressant och välformulerat.

Anders Franco-Cereceda

överläkare, docent,
thoraxkirurgiska kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset, Stockholm
and.fra@mbox.ki.se