

betsskada, särskilt om olycksfall hävdas, vilket medför att skadlig inverkan automatiskt godkänns, så att endast andra steget, sambandsbedömningen, i arbetsskadebedömningen återstår. Synsättet skapar ett problem för behandlande läkare, eftersom patienten även av detta skäl är obenägen att acceptera psykosociala orsaksfaktorer till sina besvär.

Empati får inte styra arbetsskadebedömningen

Det är numera väldokumenterat att ju längre tid sjukskrivning pågår, desto mindre är sambandet mellan angiven medicinsk diagnos och tidigare arbets-exponering [69].

Empati är en tillgång i patientbehandlingen men inget skäl att i intygsutfärdandet frånga en saklig medicinsk bedömning, även om patientens uppfattning är en annan [70].

BÄTTRE KLASSIFICERING ÄR ÖNSKVÄRD

Patomekanismerna bakom myalgitillstånden är fortfarande till stor del oklara. Många studier har enbart använt enkätdiagnoser, vilket medfört att olika kliniska tillstånd troligen sammanblandats. En bättre klassificering av nack-skuldervärk är önskvärd, såväl i klinisk vardag som vid forskning. Det får anses klarlagt att både fysiska och psykiska faktorer i arbetet, liksom existentiella faktorer allmänt, finns med som bakgrundsfaktorer till nackmyalgi.

Litteratur

- Nygren Å, Berglund A, von Koch M. Neck and shoulder pain, an increasing problem. *Scand J Rehabil Med* 1995; suppl 32: 107-12.
- Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine* 1994; 19: 1307-09.
- Ohlsson K. Neck and upper limb disorders in female workers performing repetitive industrial tasks. Lund: Department of Occupational and Environmental Medicine, Lund University, 1995. Thesis.
- Takala EP, Viikara-Juntura E, Moneta GB, Saarenmaa K, Kaivanto K. Seasonal variation in neck and shoulder symptoms. *Scand J Work Environ Health* 1992; 18: 257-61.
- Hagberg M. Pathomechanisms of work-related musculoskeletal disorders. In: *New epidemics in occupational health*. Sy Helsingfors: Proceedings Int, 1994: 42-53.
- Ekhholm J, Harms-Ringdahl K, Nygren Å. Back to work: Neck and shoulder problems. *Scand J Rehab Med* 1995; Suppl 32.
- Lehto IJ, Tertti MO, Komu ME, Paajanen HEK, Tuominen J, Kormanen MJ. Age-related MRI changes at 0.1 T in cervical discs in asymptomatic subjects. *Neuroradiology* 1994; 36: 49-53.
- Johansson JÅ. Psychosocial factors at work and their relation to musculoskeletal symptoms. Göteborg: Department of Psychology, University of Gothenburg, 1994. Thesis.
- Hildingsson C. Soft-tissue injury of the cervical spine. Umeå: Department of Orthopedy, Umeå University, 1990. Thesis.

- Sivik T, Delimar D. Characteristics of patients who attribute chronic pain to minor injury. *Scand J Rehab Med* 1994; 26: 27-31.
- Hamer AJ, Gargan MF, Bannister GC, Nelson RJ. Whiplash injury and surgically treated cervical disc disease. *Injury* 1993; 24: 549-50.
- Bongers PM, de Winter CR, Kompier MAJ, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19: 297-312.
- Theorell T, Harms-Ringdahl K, Ahlberg-Hultén G, Westin B. Psychological job factors and symptoms from the locomotor system - A multicausal analysis. *Scand J Rehab Med* 1991; 23: 165-73.
- Arbetskadeförsäkringsutredningen. *Begreppet arbetsskada*. Stockholm: Fritzes informationscenter, 1992. (SOU 1992:39).

En fullständig litteraturförteckning kan erhållas från Carl Zetterberg, Yrkesortopediska enheten, Ortopeddivisionen, Sahlgrenska sjukhuset, 413 45 Göteborg.

KORTKLIPPT



Sämre erythropoietin-effekt om man sparar på dialystid

De första kliniska studierna visade god effekt av rekombinant erythropoietin på patienter med svår njursvikt och anemi; hematokritvärdena ökade till 34 procent eller mer. Nu avslöjar emellertid undersökningar i USA att 40-60 procent av de behandlade inte når över 30 procent i hematokritvärde och att många behöver blodtransfusioner. Orsaken till detta kan vara att patienterna inte får tillräckligt intensiv dialys, anser en forskargrupp, som bygger slutsatsen på en studie av 136 patienter. De påpekar också att dödligheten per år bland dialyspatienter är 24 procent i USA mot 10-15 procent i Europa. De dåliga resultaten kan bero på att man i USA kortat dialystiderna för att spara.

N Engl J Med 1996; 334: 420-5, 461-2.

Vågar man avbryta underhållsterapi vid RA?

Vad händer om man avbryter behandling med andra linjens läkemedel hos patienter som har reumatoid artrit och som under minst ett år svarat bra på denna terapi? Den frågan har en nederländsk forskargrupp studerat i en randomiserad placebokontrollerad undersökning av 285 patienter från 18 till 85 år.

Hälften fick fortsätta med tidigare behandling och hälften fick placebo i stället. Det visade sig att risken för skov var dubbelt så stor i placebogruppen, men i denna var det ändå 62 procent som undgick skov medan skov drabbade 22 procent i behandlingsgruppen.

Risikfaktorer för skov var i placebogruppen tidigare fynd av reumatoid faktor och hög underhållsdos före studiestarten. En svaghet i studien är att patienterna inte fick en enhetlig underhållsbehandling utan olika läkemedel.

Lancet 1996; 347: 343-4, 347-52.

Kortverkande nifedipin ensamt i skottgluggen

En rådgivande kommitte till den amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA drar slutsatsen att kortverkande nifedipin kan öka risken för hjärtinfarkt hos en del patienter, men att kalciumkanalblockerare som grupp är säkra. Tidigare har National Heart, Lung, and Blood Institute gjort samma bedömning, som baseras på tre epidemiologiska studier och två metaanalyser.

JAMA 1996; 275: 423-4.