

Statistiska data som vetenskaplig kosmetik

KORRESPONDENS

IHandledning i empati (Läkartidningen 15/97) redovisas data från en icke randomiserad studie med historiska kontroller och ett synnerligen blygsamt antal observationer. Artikelns numeriska »fakta» återges i Tabell I.

Ingressen inleds med: Manliga läkarstuderande tycks i högre grad än kvinnliga förlora sin förmåga till empati under utbildningens gång. Författarna tycks i total brist på statistiskt signifikanta resultat ha plockat »tendenser» här och där för att få det att passa ihop med egna förutfattade meningar eller föreställningar som ligger i tiden.

Direkt komisk är författarnas detaljerade kommentar: »Den kraftiga uppgången i affektavläsningsskalan hos ett par av kvinnorna i kontrollgruppen antyder att dessa bevarat och utvecklat sin känslomässiga öppenhet på egen hand.» Bland kontrollgruppens totalt sex kvinnor fanns två med rejäla uppgångar, en med svagare uppgång, en som har i stort sett oförändrade värden och två med nedgångar, varav den ena är (numeriskt) större än de bägge uppgångarna. Författarna tycks plocka ut de förändringar som kan passa till den bild man vill ge – de »data» som redovisas fungerar som ett slags vetenskaplig kosmetik.

De givna procenttalen (procent av vad?) påstås vara medianer. Om det gäller skillnaden mellan »median före» och »median efter» eller om det är differensernas median (eller om det trots allt är medelvärdena, eftersom signifikantesten gjorts som parade t-test) förmåler ej historien. I artikelns grafiska illustration, där en poängskala tillämpas, är nedgången för kontrollgruppens

kvinnor ungefär lika stor som uppgången för männen, dvs synintrycket svarar ej alls mot de i artikeln givna siffrorna. Några spridningsmått redovisas ej.

Det är häpnadsväckande att detta arbete publicerats i Läkartidningen och i en medicinsk kommentar karakteriserats som »en välgjord studie». Det är oroande när sedan flera författare spinner vidare på diskussionen utan att reagera mot att den aktuella artikelns statistiska data ej ger underlag för några som helst konklusioner. Kan det vara så att det inte är så noga med faktaunderlaget om det gäller »fynd» som så att säga »ligger i tiden»?

Adam Taube
professor, Uppsala

Replik:

Viktigt uppmärksamma trots magert underlag

Adam Taube knyter sin indignation till att vi tolkar våra resultat trots bristen på signifikanser. Eftersom vi är väl medvetna om och skriver »att det inte går att dra några säkra slutsatser av resultaten, särskilt som inga signifikanta skillnader... framträder» har vi detaljredovisat resultaten för varje försäktsperson för att läsaren inte ska föras bakom ljuset och därigenom har vi gjort spridningen uppenbar. Av samma skäl har vi valt att i artikeln inte fördjupa oss i statistiska (negativa) resultat. De icke-signifikanta tendenser vi talar om förekommer bara bland kontrollgruppens män, $p = 0,07$ (DP-

skalan) och 8 av 10 män minskar i Affektavläsningsskalan. Vad beträffar den enligt Taube »komiska» kommentaren i diskussionen om att två kvinnor i kontrollgruppens kraftigt ökat sina värden i Affektavläsningsskalan vill vi där understryka att dessa kvinnor går emot den tendens som andra studier visar, nämligen en nedgång i empati.

Att vi trots magert underlag i data ändå ville redovisa studien beror främst på att vi anser det viktigt att tydliggöra det motstånd som finns när det gäller insatser i läkarutbildningen som inte direkt hör till medicinsk/teknisk kunskap. Sådana insatser lågprioriteras, i vårt fall så att en fortsättning blev omöjlig. De kommentarer Läkartidningen tidigare infört tyder på att flera läsare har uppfattat artikeln som intressant, väl medvetna om de påtalade begränsningarna.

Differentiering kvinnligt – manligt

En annan anledning till att redovisa vår studie är att vi önskar en diskussion om en differentiering av utvecklingsinsatser för kvinnliga och manliga läkarstuderande. De som behöver öka sin kompetens i relationen till patienter är ofta män. Vidare framförs det att kvinnliga läkare skulle behöva stöd i att utforma sin läkar- och arbetsledarroll på ett sätt som tillgodoser deras plats i organisationen utan att de behöver ge avkall på sitt kvinnliga sätt att fungera.

Det har påpekats att män, med ett överflöd av manliga modeller och en lång tradition av arbete i ledande position, mer oreflekterat kan gå in i yrkesrollen. Utifrån ovanstående har vi velat föra fram tanken på en ökad satsning i utveckling av kommunikationsfärdigheter hos manliga läkarstuderande

och på utveckling av ledarrollen hos kvinnliga.

Vår studie är ovanlig genom att vi försökt att vetenskapligt utvärdera handledningsinsatser. Presentationen av vårt arbete ger oss möjlighet att delge andra våra erfarenheter och problem. Vi tror att detta leder till mer kunskap och bättre förutsättningar för kommande studier inom detta område.

Ulla Holm

fil dr, leg psykolog,
Uppsala

Victoria Strand
specialistläkare, Huddinge sjukhus

Stina Söderberg
fil lic, chefspsykolog,
Huddinge sjukhus

Franz Bárány
docent, Huddinge sjukhus

Gruppolycksfallsförsäkring bör väl gälla vid alla olyckor?

Är det verkligen idé för oss läkare att ha Salus/Trygg Hansas gruppolycksfallsförsäkring?

Frågan är föranledd av en egen skada, som inte ersätts av försäkringen, och dålig uppföljning av bolaget. I februari 1995 stod jag i en affär på en planka som lagts ut som barnvagnsram. Jag tappade balansen med ena hälen utanför plankan och fick ett kraftigt ryck i hälsenan. Det gjorde ont, men mest tänkte jag väl på att jag kunnat se mig för bättre.

De närmaste veckorna tilltog smärtan och svullnaden av hälsenan och detta föranledde kontakt med en ortopedkollega, som konstaterade en ordentlig tendinit, men ej ruptur. Hon rekommenderade mig en idrottsnaprapat, eftersom jag hade svårigheter att gå.

Efter fyra besök hos naprapaten var jag besvärsfri och skickade en räkning på 1 000 kr för behandlingarna till Salus.

Först sex månader senare, i december, hörde bolaget av sig och menade att jag skulle kräva affären på ersättning för skadan. Jag svarade omgående att jag hade räkat ut för en olycka och att jag hade en försäkring och knappast kunde gå till en affär och kräva ersättning nio månader efter skadan, framför

Tabell I. Numeriska uppgifter i artikeln av Ulla Holm och medarbetare.

	Män		Kvinnor	
	Experimentgrupp	Kontrollgrupp	Experimentgrupp	Kontrollgrupp
Ökning/minskning				
Affektavläsning	-1,3 procent	-15,2 procent	-3,5 procent	+4,6 procent
Signifikans		$p=0,12$		
Antal observationer	n=9	n=10	n=12	n=6
Doktor-patient	-1,1 procent	+4,4 procent	»mestadels små förändringar, dock några klart positiva i handledningsgruppen»	
Signifikans	$p=0,38$	$p=0,07$	n=11	n=5
Antal observationer	n=9	n=10		

allt som jag ej initialt anmält olyckan till någon i affären. På detta brev svarade man över huvud taget ej.

När jag ett år senare frågade vad som hänt med min skadeanmälan får jag veta att gruppolycksfallsförsäkringen bara ger ersättning för kostnader som inte lämnas på annat håll enligt lag, författning eller konvention.

Det vill säga att alla skador du ådrar dig, som kan tänkas ersättas av annat bolag eller person, får du själv processa om – ingen hjälp från Trygg Hansa. Nästa gång du bryter benet, så gör det hemma. Om du gör det på gatan eller i slalombacken så kan Trygg Hansa be dig stämna kommunen för dålig sandning eller backägaren för dåligt underhåll.

Vad skall man med en försäkring till när man ändå måste gå till andra bolag och begära ersättning?

Läkarförbundet borde snarast förhandla med annat bolag om en ny gruppolycksfallsförsäkring som gäller vid alla olyckor, så att vi kan använda vår dyrbara tid till patienter, istället för att kräva andra bolag på ersättning vid skador.

Anita Karstorp
leg läkare, Stockholm

P.S. Bolaget har nu gått med på ersättning, eftersom affären lagts ned under den långa handläggningen.

Replik:

Ger god ekonomisk kompensation

Med kännedom om innehållet i gruppolycksfallsförsäkringen är mitt svar på frågan om det är någon idé att ha försäkringen tveklöst ja. Detta mot bakgrund av min erfarenhet av fall jag ser dagligen då gruppolycksfallsförsäkringen verkligen ger en god ekonomisk kompensation.

Olika möjligheter till kompensation

När det gäller det aktuella fallet är det rätt att försäkringen ersätter kostnader som inte skall ersättas från annat håll enligt lag, författning, konvention, annan försäkring eller kollektivavtal. Det var dock inte rätt från vår sida att hänvisa kunden att ta kontakter för

Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

att få ut sina kostnader. Det korrekta, dvs det sätt på vilket vi normalt agerar, hade varit att lämna ersättning för kostnaderna direkt och samtidigt informera om de möjligheter till kompensation som kan finnas genom affärens ansvarsförsäkring. En ansvarsförsäkring kan t ex ersätta inkomstförlust, och om kunden inte skulle bli återställd kan ersättning lämnas från både gruppolycksfallsförsäkringen och ett eventuellt skydd genom en ansvarsförsäkring. Det ser vi naturligtvis som vår skyldighet att informera om.

Jag vill också nämna att Trygg-Hansa vid tidpunkten för skadan var försäkringsgivare och att Salus då sålde vår gruppolycksfallsförsäkring. Avtalet upphörde den 1 januari 1996 då Salus gick in som försäkringsgivare.

Agneta Berggren
Person Skador,
Trygg-Hansa

Behandla sinuiterna som förut!

Den 23 april i år kunde man i de flesta dagstidningar läsa om en alarmerande rapport som gällde underbehandling av akuta otiter. Idén att inte ge antibiotika till otitis media acuta skall grunda sig på en holländsk rapport.

I Läkartidningen 13/97 stod det under rubriken »Kort-

klippt» att läsa om en holländsk primärvårdsstudie om sinuiter. Man drar i studien slutsatsen att antibiotika inte ger bättre resultat än placebo. Symtomatisk behandling skall räcka. Jag ser det som mycket förrädiskt att inslag i »Kortklippt» kan innehålla uppgifter som kan tolkas som råd för oss läkare. Vi skall tills vidare behandla sinuiter enligt de regler vi redan har i Sverige!

Casten Lychou
överläkare vid öron-, näs- och halsmottagningen, sjukhuset, Säftele

Varför inte ett Läkartidningens torg!

Den svenska läkarkåren består nu av drygt 30 000 individer. Det finns olika sätt för oss att föra diskussioner, men Läkartidningen är vårt gemensamma forum, och jag skulle tro att de flesta av oss läser eller åtminstone bläddrar igenom den en gång i veckan.

Som barnpsykiater bläddrar jag rätt mycket när det gäller t ex immunologins och biokemins landvinningar, men läser mer av det som rör psykiatri och psykologi, och jag tror inte att jag skiljer mig så väldigt mycket från de flesta andra läsare som också läser mest av det som tillhör ens specialitet.

Läser alltid Korrespondens

Det jag dock alltid läser är »Korrespondens» och det finns många insändare som jag gärna skulle vilja kommentera direkt när jag läser dem, men mediet känns besvärligt. Dessutom misstänker jag att mina funderingar eller kommentarer ändå inte kommer in, så oftast slutar det med en fundering för mig själv.

Är det någon som känner igen sig?

I Läkartidningen 14/97 har Göran Holmberg skrivit ett in-

Register för andra halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 4/97.

lägg som jag tackar för och sympatiserar mycket med. Det tar upp den »utpressning» som försäkringsbolagen sysslar med; »utpressning» därför att försäkringstagarna ofta inte vet vad det är de skriver på när de tillåter försäkringsbolaget att ta del av journalmaterial som rör patienten.

Inom min verksamhet (barn- och ungdomspsykiatri i Karlshamn) lämnar vi aldrig ut journaler till försäkringsbolag, men skriver gärna utlåtanden kopplade till en frågeställning och skickar därefter dessa till patienten som själv får ta ställning till vidarebefodran till försäkringsbolag.

I vanliga fall skulle jag ha läst Göran Holmbergs inlägg och tyckt att det hade varit klokt, inget mer. Ofta har jag velat kommentera en insändare, men inser också att de flesta av mina funderingar och kommentarer inte är av något vidare intresse för en bredare läsekrets. Läkartidningens utrymme för korrespondens är dessutom väldigt begränsat. Den totala effekten av detta är att Läkartidningen som debattforum för oss vanliga läkare utanför maktens korridorer verkar avlägsen.

Mailing-lista

Finns det något intresse på Läkartidningen och hos kollegerna att tillskapa ett Läkartidningens torg i form av en mailinglista över nätet som skulle kunna göra det betydligt enklare att föra många olika samtal samtidigt? Någon på Läkartidningen skulle väl kunna administrera en sådan lista? Det tar inte speciellt mycket tid.

Jag antar att de flesta av oss har en e-mail-adress vid det här laget. Om inte kostar det inte mycket att skaffa sig en uppkoppling.

Ulf Korman
överläkare, Karlshamn

Kommentar

Ulf Kormans idé är utmärkt och finns faktiskt redan med i ett par varianter av de utkast till »nättidning» som vi grunna på i vårt arbete att hålla jämna steg med utvecklingen och våra läsares intressen. Men är också angeläget för oss att poängtera att de spalter som står till buds redan nu, i »papperstidningen», ingalunda är reserverade för enbart läkare i »maktens korridorer» utan precis lika mycket för, som Ulf Korman säger, »vanliga läkare».

Red