

Problematiskt med ändrad komagräns

Professor Lennart Persson och jag är överens om det mesta när det gäller reaktionsgradsskalor och deras betydelse i sjukvården samt för forskning och utveckling (Läkartidningen 28–29/99). Jag vill trots vår enighet bara förtydliga min kritik på punkter som Persson anser viktiga. Han argumenterar för att man i vetenskaplig neurotraumatologisk forskning måste använda Glasgow Coma Scale (GCS) och RLS85 parallellt för att få valida data bl a för trauma- och intensivvårdsklassifikationer i forskningen samt att avgränsning av koma är ett viktigt skäl att anpassa sig till GCS.

När det gäller informationsinnehållet i GCS jämfört med RLS85 har jag utförligt beskrivit svårigheterna för GCS-skalan i en tidigare artikel [1]. I 25–50 procent av de fall som kommer till intensivvårdsavdelningarna är patienterna redan intuberade och man får ingen information alls från GCS Muntliga skala. Dessutom är det tyvärr så att GCS Ögonskala i sig är osäker, och svaret är bl a beroende av ovidkommande miljöfaktorer.

Vad skall man göra för att få valida data?

Vilka åtgärder anser Lennart Persson man skall vidta för att få valida data med GCS för traumaindex? Vad är det för vetenskapligt fel på Stålhammars och mitt förslag till översättning mellan RLS85 och GCS? Det som Lennart Persson anger som en avgörande svaghet för RLS85 anser jag inte vara ett vetenskapligt problem för Sverige. I modern amerikansk intensivvårdslitteratur har man diskuterat att gå över till RLS85, eftersom skalan är överlägsen, men samtidigt framhållit att kostnaden för att trycka om alla blanketter är stor [Eddy Holmgren, tidigare neurotraumatolog, personligt meddelande, januari 1999].

Många definitioner

Lennart Perssons viktigaste argument är diskussionen om komagränsen. Koma kan operationellt definieras som bortfall av medvetenhet och adaptiva motoriska svar vid akut hjärnskada. I den vetenskapliga litteraturen finns en uppsjö av förslag till komadefinitioner

för GCS, beroende just på svagheterna med Ögon och Muntliga skalorna [1]. I RLS85 är dessa problem lösta. Neurologer och invärtesmedicinare har använt en annan komadefinition för sina patienter värderade med GCS än den Persson förordar. Slutligen har Amerikanska rehabiliteringssällskapet antagit en definition av koma som ligger ytterst nära RLS85. RLS85 klarar även denna mångfald av definitioner [1]. Mig veterligen har RLS85 den enda vetenskapligt rapporterade tillförlitligheten för en komagräns.

Enligt min uppfattning är detta ett tungt vetenskapligt argument samt ett kliniskt och legalt viktigt kriterium, som saknas för GCS alla versioner. Man får inte glömma att traumapatienter är en viktig men trots allt mindre andel av de patienter i sjukvården som dagligen värderas beträffande reaktionsgraden.

Även andra specialister har behov av att kunna jämföra sig internationellt.

Jan-Erik Starmark
Göteborg

Referens

1. Starmark JE. The Reaction Level Scale (RLS85): An update. In: Risberg B, ed. Trauma care. Pharmacia & Upjohn 1996; 27-44.

Läkare av egen kraft eller föräldrarnas?

I intervjun med läkarfamiljen Svennerholm (Läkartidningen 30–31/99) förekommer en passus som fick mig att hoppa högt.

Så här står det:

»Orsaken till att färre läkarbarn i dag blir läkare beror på att det var lättare att komma in på läkarutbildningen tidigare. Då kunde man komma in med hjälp av föräldrarnas meriter, men nu gäller bara betygen.»

När har detta hänt? Jag kom in på Karolinska institutet 1941, och nog var det endast betyg som gällde då. Senare har jag förstått att även betyg från andra högskolor eller arbetslivserfarenhet räknats, men vad har föräldrarna med detta att göra?

Magareta Dahlström

Mora

Snedvriden studie av hemsjukvård – slutreplik

Catharina Hjortsbergs och Patrick Svarvars replik på vår kritik mot deras rapport om hemsjukvård (Läkartidningen 32–33/99) fordrar en kort kommentar.

Vi skall inte upprepa de fem punkterna i vår kritik, men svaret har inte undanröjt huvudproblemet, nämligen att över 400 patienter som inte behövde slutenvårdskonsumtion uteslöts – trots att syftet var att studera hemsjukvård som skulle ersätta annars nödvändig sjukhusvård. I 300 av dessa fall var motiveringen att det tog för lång tid att hitta journalerna. Ingen bortfallsanalys redovisas.

Faktorer som bör beaktas

Ålder, civilstånd och kön är ofta viktiga stratifieringsvariabler, men inte nödvändigtvis hos döende cancerpatienter. Att inte ens ålder påverkar ADL-behovet längre, när man är döende, utan enbart sjukdomen och symtomförekomsten har vi visat i en studie av 179 döende cancerpatienter – just i lasaretsanknuten hemsjukvård [1]. I IHE-studien tar man varken hänsyn till ADL-nivå, symtomförekomst eller ångestnivå, tre faktorer som avgör vårdbehovet i livets slutskede.

Hjortsberg och Svarvar skriver bl a att »Antagandena är således prövade och förankrade i expertgruppen» och att »Peter Strang själv medverkat i expertgruppen».

Det är inte en hederlig beskrivning av verkligheten. Mitt namn finns med längst bak i IHE-rapporten, men det har lagts dit utan min vetskap eller mitt medgivande och utan att jag har medverkat i denna olyckliga uppläggning av studien.

Peter Strang
professor,
Norrköping

Barbro Beck-Friis
professor,
Linköping

Referens

1. Beck-Friis B, Strang P, Eklund G. Physical