

Fel i referatet om spinal manipulation

Vi vill kommentera Nils Rydells och Lars Räfs artikel »Spinal manipulation-behandling med stor komplikationsrisk» i Läkartidningen 34/99.

Författarna refererar i sin artikel på sid 3538 till Thanassis Seferlis studie »Acute low back pain» och påstår att patienter i grupp I remitterades till sjukgymnast för manipulativ behandling.

Detta är inkorrekt refererat. I avhandlingen på sidan 26 framgår att »the Manual therapy programme» innehöll nio huvudgrupper individuell behandling och att de behandlande sjukgymnasterna själva beslutade avseende val av behandlingsform samt antal behandlingar.

Cirka 10 procent av patienterna i grupp I har behandlats med spinal manipulation. Detta är en siffra som är re-

att PIL-gruppen genomgående fick högre skattningar i delvariablerna beträffande klinisk lämplighet än övriga grupper och likaså placerade sig bäst i den globala skattningen av »klinisk lämplighet», även om skillnaderna mot betygsgruppen inte var stora. Det är mycket intressant att en grupp som retrospektivt visade sig ha ett medelbetyg i studentexamen omkring 4.0 – i motsats till betygsgruppens 4,8–5,0 – faktiskt klarade sig minst lika bra i både tentamina och bedömning av »klinisk färdighet».

Peter Arner sätter emellertid fingret på ett problem som vi haft med den statistiska utvärderingen av studien: Vår kritiska statistiska konsult menade, förmodligen med rätta, att man inte kan göra en korrekt statistisk bearbetning när hela populationen ingår i studien (det är alltså inte ett »sample» ur en större population). Därför saknas en sådan utvärdering, vilket gjorde våra slutsatser försiktiga.

Martin Ritzén

professor, Stockholm

Ulla Holm

psykolog, Uppsala

Mariana Nicolausson

handläggare,

Karolinska institutet,

Stina Söderberg

chefsfysikolog, Stockholm

Hans Åberg

professor, Karolinska institutet

presentativ för de i experimentgruppen ingående sjukgymnasterna i det normala kliniska arbetet.

Inga behandlingskomplikationer

Vidare påpekar författarna att »fler patienter i grupperna som fått manipulativ behandling eller sjukgymnastisk träning blev diskbråcksopererade, men skillnaden var inte statistiskt signifikant».

Läsaren kan eventuellt lockas tro att anledningen till den icke signifikanta skillnaden skulle vara behandlingskomplikationer, t ex av de typer som artikeln i övrigt beskriver.

Vid genomgång av journaler och gemensamma erfarenheter kunde konstateras att

- i inget fall uppstod behandlingskomplikationen nervrotsaffektion vid spinal manipulationsbehandling i samband med lumbago utan radikulär eller refererad smärtutstrålning;
- i inget fall behandlades patient med radikulär strålningssmärta med spinal manipulation;
- i inget av de fall med nervrotsaffektion vid förstagsbesöket och där vald behandlingsform var manuell

traktionsbehandling eller autotraktion försämrades patienterna avseende smärt- och neurologiskt status i samband med traktionsbehandling;

- i några fall med nervrotsaffektion och i övrigt klinisk bild med suspekt diskpatogenes och där behandlingsvalet enligt ovan var traktion uppnåddes ingen varaktig positiv behandlingseffekt. Dessa patienter återremitterades enligt projektplanen till utredning och eventuellt ställningstagande till operation.

Patientmaterialet är inte större än att det inte kan uteslutas att den osignifikanta skillnaden är en slumpeffekt. Det kan heller inte uteslutas att patienterna i experimentgrupp I och II följdes av de behandlande sjukgymnasterna på ett intensivare och mer frekvent sätt så att återremittering kunde ske på ett kliniskt adekvat sätt.

Marna Alderin

Mia Lindqvist

Venke Smedmark

Marina Wallin

Jan Wonnevi

Dan Wallin

legitimerade sjukgymnaster,

Dipl OMT (OMT III-examen),

Stockholm

Om att ta bort skräp i ögat

På sommarnöjet fick jag skräp i ögat – det kändes i övre konjunktival-säcken och kunde ej fås till lägeändring. Följande morgon var det status quo, jag sökte närliggande vårdenhet där en vänlig distiktssköterska försökte se något, men sade sig ej kunna vända på ögonlocket. Det var en läkaruppgift. Spolning gav inget resultat. Jag erbjöds så läkartid om 6 timmar.

Då åkte jag till annan vårdenhet – de ligger tätt i Skåne. Även här avböjde sjuksköterskan en begäran om att få övre ögonlocket vänt och inspekterat. Det gör bara läkaren. En vänlig kollega ryckte strax in och botade mig.

Om ovan beskrivna behandlingspolicy är representativ för våra öppenvårdsenheter måste följande fråga ställas. Ingår ej i våra högt kvalificerade och gediget utbildade sjuksköterskors utbildning att vända på ett ögonlock?

Inom företagshälsovården där under-tecknad arbetat i 30 år har mina sjuksköterskekolleger vänt på 1 000-tals ögonlock och avlägsnat löst skräp och det har fungerat utmärkt. Här bör påpekas att stänk av svetsloppor och annat som suttit fast på kornea varit en läkaruppgift, liksom misstanke om lesion av kornea.

För att optimera och kostnadseffektivisera sjukvården är rätt omhändertagandenivå en gyllene regel. Hur många läkartimmar skulle kunna sparas om vändning och inspektion samt åtgärd mot löst sittande skräp under övre ögonlocket blev en rutinuppgift för alla de sjuksköterskor som kommer i kontakt med denna patientkategori?

Bengt R Tufvesson

f d concernläkare SCA,

Sundsvall