

Datortomografi vid hjärnskakning:

Varken risker eller vinster kan ignoreras

Det finns goda skäl att vara återhållsam med användandet av joniserande strålning inom den diagnostiska radiologin. Strålningsrisken bör alltid beaktas, vilket vi anser att vi gjort i SBU-rapporten »Hjärnskakning – Övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång?«. Där framhålls att relationen mellan små stråldoser och risken att utveckla cancer är osäker och kontroversiell.

PETER ASPELIN
professor i medicinsk radiologi, ordförande i SBU-rådet
MONA BRITTON
professor i medicin, projektledare, SBU
KAJ ERICSON
professor i neuroradiologi, Karolinska sjukhuset, medlem av SBUs projektgrupp
JEAN-LUC AF GEIJERSTAM
forskarstuderande, projektsamordnare, SBU
LARS-ÅKE MARKÉ
hälsoekonom, SBU

II Riskuppskattningarna är inte baserade på datortomografi (DT) av skallen, och att, som Wolfram Leitz gör i Läkartidningen 7/01 (sidan 716), direkt extrapolera siffror från andra undersökningar är sannolikt missvisande. Sålunda saknas säkra fakta för att göra en enkel kalkyl av stråldosrisk och resulterande kostnad när det gäller datortomografi av skallen vid hjärnskakning.

DT-ökningen inte 17 000 per år

Dessutom måste diskussionen även av andra skäl nyanseras betydligt när det gäller möjliga strålskador vid DT på patienter med hjärnskakning. En ny strategi för behandling av patienterna medför inte att DT ökar med 17 000 undersökningar per år. Minst 4 000 görs redan idag (se SBU-rapporten).

Det är av olika skäl inte troligt att DT kommer att kunna genomföras på alla patienter. Dessutom har DT-frekvensen stigit gradvis trots att patienterna observeras på sjukhus. Så den egentliga ökningen med en ny strategi kan nog inte röra sig om mer än hälften av det nämnda antalet.

Vinsterna måste också beräknas

Om man gör en hypotetisk beräkning av riskerna med strålning, och dessutom multiplicerar med en hypotetisk kostnad per liv om 10–20 miljoner kronor (Vägverkets beräkningar, belagda med stor

osäkerhet, av befolkningens betalningsvilja för att undvika trafikolyckor) måste den ju rimligen kompletteras med en hypotetisk beräkning av vinsterna. Det är nämligen allas förhoppning att man med DT skall hitta fler av de patienter som behöver opereras i ett tidigare skede, och därmed kunna rädda fler människor från att få en skadad hjärnfunktion.

Slutenvårdsplatser kan frigöras

En annan fördel med den föreslagna strategin är det faktum att ett av de stora problemen i dagens sjukvård är bristen på slutenvårdsplatser. Den är mycket svår att hantera för såväl patienter som anhöriga och sjukvårdspersonal. De 11 000 vårddygn som skulle kunna frigöras med DT-strategin kan gagna många patienter som idag skickas hem eller får alltför korta vårdtider.

Vi har inte funnit några säkra fakta som belyser vinsterna med bättre övervakning/tidigare operationer eller mortalitets- och hälsovinster för övriga patienter som kan beredas en mer adekvat vård. Detsamma gäller strålningsrisken (där vi använt oss av information från Strålskyddsinstitutet). Vi valde därför att inte göra några hypotetiska beräkningar av dessa risker och vinster.

Fler studier behövs för optimal strategi

Därmed inte sagt att man skall negligera strålrisker och bra underlag för beräkningar behövs. Vi avser att nu arbeta vidare med studier för att få fram bättre fakta om de medicinska effekterna av olika strategier vid hjärnskakning. Först därefter går det att dra säkra slutsatser om optimal strategi. •

Fel att betygsnämnd och opponent binds upp på förhand

II Mitt inlägg (Läkartidningen 5/01, sidorna 464-8) om Boo Svartbos avhandling har kommenterats seriöst av professor Hans Forssberg, Karolinska institutet, som berättar om de metoder som tillämpas vid KI för att undvika disputationskatastrofer.

Inget behov av spänning

Jag har inte hävdad att det behövs »spänning i disputationsakten« – det är helt irrelevant i sammanhanget. Däremot finner jag det fortfarande synnerligen anmärkningsvärt att just betygsnämnd och opponent i förväg skall lämna skriftlig rekommendation om huruvida avhandlingen bör släppas fram eller ej.

Enligt min mening bör sådana rekommendationer – för att systemet inte skall bli korrupt – göras av personer som inte alls har med den slutliga bedömningen att göra.

Adam Taube
professor, Uppsala

Framtida rannsakan för vår tids aborter?

II Svenska Läkaresällskapet lade vid den senaste riksstämman en tonvikt vid etiska frågor. Det är ett gott val, och det får väl betraktas som ett hälsotecken.

I backspegeln kan vi se och pröva skeenden, synsätt på behandlingar, arbetsrutiner. En del är dystra. Ett symposium belyste Hitler-tidens läkares i Tyskland handlingar. I vårt land har på senare tid rannsakats tidigare tvångssteriliseringar av vissa psykiskt sjuka.

En företeelse i vår tid som inte är behaglig är de ofödda livens utsläckande. Antalet på 30 år bör väl bli ungefär en miljon. Tanken är motbjudande; det är ändå verkligheten. Vad skulle de oövalkomna kunnat ge vår tid? Skall en framtida generation rannsaka vår tids aborter?

Var går gränsen för vördnaden för livet-etiken, eller, som det uttrycktes av en i panelen vid symposiet om Hitler-tidens medicinska forskning, »respekten för livets helighet«.

Hippokrates-reglerna kan synas enkla. Men det enkla är också ofta det svåra.

Folke Säll
allmänläkare, Bodafors