

Karl XII föll sannolikt offer för en kula från de egna linjerna

■ Replik på Bror Gårdelöfs artikel »Hur dog egentligen Karl XII« (Läkartidningen 47/01, sidan 5399).

Även jag är beundrare av Peter Englunds berättarkonst – dock icke devot. För den intresserade rekommenderas Rolf Uppströms avhandling: »Mysteriet Karl XII:s död« (Göteborg, 1994). I denna disseskeras och förkastas Grenanders teori.

En felaktig teori har blivit befäst

Uppström skriver bl a: » ... Grenander inte alls visade det han påstod sig visa. Hans kunskaper i ämnet visar sig vid en närmare granskning vara alltför skrala«. Vidare: »Men efter att bl a Peter Englund accepterat Grenanders (ja jag tvekar icke att säga det) felaktiga bevisföring så tycks denna blivit allmänt accepterad. Den blockerar därmed vidare forskning och måste undanröjas«. En ingående analys följer på sidorna 127–130.

Att Karl XII stupat för ett skott från, eller i närheten av, de egna linjerna är med mycket stor sannolikhet fastlagt, liksom att han icke blivit skjuten med en blykula. Huruvida mord eller icke – se det är en annan fråga.

Blandarens teori

Gårdelöfs passus om DNA-analysen och dess bevisvärde talar för sig själv.

Man kan kanske icke heller blunda för Blandarens teori om att Konungen skjutits med ett porslinsöga, bl a baserat på den folkliga, muntliga traditionen: »Mördaren rönt sig föga, men kastade dock på Kongen ett öga«.

Ulf Clason
fd överläkare, Skultuna

Om självbelåtna kvalitetshöjare

■ Redan i rubriken: »Pågående projekt skapar möjligheter till förbättrad behandling« (Läkartidningen 44/01, sidorna 4846-52) fastslår Brandström och medarbetare värdet av sin verksamhet med den sk hjärtboken, och den engelska sammanfattningen avslutas med »this program is successful and leads to improved management of patients with coronary artery disease«.

Några frågor

Eftersom projektet uppenbart är så lyckosamt vill en nyfiken läsare gärna veta:

1. Den individ som får en andra hjärthändelse – blir den inkluderad på nytt (med nytt löpnummer) eller hakar man på den tidigare informationen om samma individ?
2. Det konstateras att det förelåg »betydande skillnader mellan de olika distrikten«. Vilken metodik har man använt för att bestämma när variationen kan anses »betydande«?
3. Bortfallet i studien är uppseendeväckande stort. Vilka slutsatser kan dras av insamlade data när mer än hälften av de utdelade formulären ej besvarats, och det finns skäl att misstänka att de mer positivt inställda och följsamma deltagarna har högst svarsbenägenhet?
4. Är det i enlighet med förekomsten av

möjliga kontraindikationer rimligt att 98,6 procent (Tabell III) av deltagarna tar blodproppsförebyggande medicin?

5. Kan en sådan här datasetsamling ge långsiktigt användbar kunskap utan att någon biverkningsregistrering inkluderas?

6. På vad sätt har detta program lett till »improved management of patients with coronary heart disease« och hur har man kunnat påvisa att så skett?

7. Vad drar man för slutsatser från informationen om hur patienterna mår, angivet på en skala från ett till nio? Är det en kliniskt relevant förbättring om medelvärdet stigit med t ex 0,4711 för dem som svarat vid två tillfällen?

Frågelistan skulle kunna göras betydligt längre. Tacksam för svar till en hjärtpatient som »mår ett« när han konfronteras med statistiska projekt av detta slag.

Adam Taube
professor, Uppsala
adam.taube@dis.uu.se

PS. En yngre statistikerkollega reagerade vid genomläsning av mitt brev: »Du ljuger – du ”mår nio” när du konfronteras med statistiska sammanställningar som omöjligt kan tas på allvar!«

Replik:

Taube har missförstått vår rapport

■ Professor Adan Taube har missuppfattat vår rapport från »Registret för kvalitetssäkring av sekundärprevention av kranskärslsjukdom«. Detta är inte en vetenskaplig publikation utan helt enkelt en rapport från ett av Socialstyrelsen stött kvalitetsregister, där vi också redovisar de fel och brister som kan finnas med data av detta slag. Det är upp till varje läsare att själv tolka resultaten.

Svaren på frågorna

När det gäller Adam Taubes specifika frågor (1–7) blir svaren följande:

1. Patienter med en ny hjärthändelse fortsätter att rapportera med den ursprungliga hjärthändelsen som utgångspunkt – således ingen ny hjärtbok vid ny hjärthändelse.
2. Vårt uttryck »betydande« grundar sig inte på någon statistisk analys. Vi tycker dock att uttrycket är gångbart när det som i exempelvis Figur 3 framgår att måloppfyllelsen för systoliskt blodtryck (<140 mm Hg) skiljer sig från <40 procent hos dem med lägsta till >90 procent hos dem med högsta måloppfyllelsen.

3. Bortfallet är ett problem som vi också diskuterar i vår rapport. Vi vill emellertid peka på att projektet syftar till att vara lärande för alla inblandade och att detta verkar lyckas. Siffrorna för bortfallet minskar, vilket redovisas.

4. Den höga användningen av blodproppsförebyggande medicin uppfattar vi som helt lege artis och följer Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

5. Att registrera biverkningar faller helt utanför ramen för detta projekt.

6. Vårt uttryck »Improved management of patients with coronary heart disease« grundar sig bl a på att patienterna som deltar blir ökat medvetandegjorda genom att de själva har hand om »Hjärtboken« och att de själva får delta i rapporteringen av resultaten genom rapportbladen.

Patienterna blir en aktiv del av det terapeutiska teamet. Registret skapar dessutom förutsättningar för en ökad samverkan mellan sjukhus och primärvård, något som sannolikt är ytterst viktigt sett ur patienternas synvinkel.

7. Frågan om patienternas livskvalitet