

Datajournal sätter vår ärlighet på prov

II I de flesta landsting har man eller är på väg att införa datajournal. Huruvida detta gynnar eller försämrar patientsäkerheten är diskutabelt. En fråga som dock inte belysts, och som berör patientens rättssäkerhet, är själva dokumenteringsförfarandet och möjligheten att läkare eller annan sjukvårdspersonal i efterhand ändrar egna journalanteckningar.

Elektronisk signering

Som kandidat fick jag lära mig att om man ändrar i journaltexten skall man stryka över ursprungstexten, som dock fortfarande måste vara läsbar. Ändringen skall dessutom dateras och signeras. I en datajournal skrivs journaltexten in av läkarsekreterare, varefter anteckningen sparas under en speciell fil, »osignerat«. Doktorn skall därefter läsa igenom texten och elektroniskt »signera« sin egen anteckning. Först därefter kan inga fler ändringar genomföras.

Går att snygga till anteckningen

Jag vill påstå att det ligger en fara i detta då det finns en möjlighet att läkaren, utan att det i efterhand går att spåra, kan »snygga till« sin anteckning om det visade sig att han/hon missat något i sin handläggning som eventuellt kan få (eller redan fått) rättsliga konsekvenser (dvs anmälan till Ansvarsnämnden).

Kanske är denna fråga allt för kontroversiell för att diskuteras, då den ifrågasätter vår ärlighet. Den spontana reaktionen hos de allra flesta är förmodligen att »Något sådant skulle jag aldrig kunna göra«. Men om den dagen kommer då man står med en anmälan i handen och det finns en möjlighet att rentvå sig själv utan det kan upptäckas, hur handlar vi då?

Cecilia Mattsson

ST-läkare, medicinkliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
cecilia.mattsson@medicin.umu.se

Rättelse

I Henrik Nordströms debattartikel i 45/2003 (sidorna 3693-4) saknades tyvärr jävsdeklarationen: »Författaren arbetar på medicinkliniken i Alingsås.«

Demens – glöm inte vitaminerna

II De farmakologiska framstegen i behandlingen av Alzheimerdemens har gjort att vi de senaste åren fått tillgång till acetylkolinesterashämmare som viktig terapiarsenal utöver det medicinska omhändertagandet, omvårdnaden, den allmänna aktiveringen samt psykologiskt stöd och stöttning. Även för de svårast sjuka finns numera ett antidemenspreparat som utgör ett mer än välkommet tillskott till terapiarsenalen. Dessa preparat i mono- eller kombinationsbehandling medför uppbromsning och lindring av demenssjukdomen. Till detta kommer samhällsbesparingar i vård och relaterade kostnader, som beräknats till 150 000–200 000 kronor/år för en person med Alzheimerdemens [1].

Information, utbildning och kunskaps spridning är viktigt för att öka medvetenheten och kunskapen om sjukdomen. Den pågående debatten i Dagens Medicin 39/03 respektive 41/03 om »modesjukdomen« demens och »musicerande, läsning och sällskapsspel« som alternativ till farmakologisk behandling torde väl utgöra ett utropstecken eller frågetecken i debatten.

Kostens och vitaminernas betydelse

Man bör dock inte glömma bort kostens/vitaminernas betydelse vid minnessvikt. En mängd tvärsnitts- och longitudinella studier har visat på samband mellan B12-/folatbristmarkören homocystein och demens [2, 3]. Även interventionsstudier med vitamin B12/folat på kognitivt sviktande/dementa patienter har i ett antal studier visat regress av symtombilden [4]. Den tycks dock vara avhängig av såväl sjukdomens svårighetsgrad som duration [5].

Den äldre patienten i allmänhet och den äldre kognitivt sviktande patienten i synnerhet är utsatt för ett flertal homocystein höjande faktorer såsom ålder per se, sviktande njurfunktion, eftersatt kosthåll samt bristande vitaminintag på grund av dels kostsammansättning, dels påverkansfaktorer i form av återuppvärmning och/eller mikrovärmning av kosten [6].

Det är också mindre välkänt hos såväl läkarkåren som drabbade patienter att en annan, hos äldre ej ovanlig neuropsykiatrisk sjukdom – depression – i många studier visat sig samvariera med folatnivåer och homocystein [7, 8]. Folatbehandling har även visat sig ha en potentiell roll som antidepressivt komplement till depressionsbehandling med antidepressiva [9]. Dessutom föreligger en ökad incidens och prevalens av depression hos dementa med Alzheimers sjuk-

dom [10]. Mer om liknande samvariationer kommer att redovisas vid ett B12/folat-symposium på Riksstämman den 26 november.

I avvaktan på resultat av randomiserade och kontrollerade interventionsstudier med vitamin B12 och/eller folsyra och/eller B6 är det aldrig fel att betrakta kognitivt sviktande och/eller deprimerade patienter som målgrupp för mätning av serumnivåer av homocystein och/eller vitamin B12 och folat, samt med en likaledes generös inställning till homocysteinsänkande behandling med vitamin B12 och folat samt, vid utebliven sänkning av homocystein, även vitamin B6.

Mät måttfullt! Analysera ambitiöst! Behandla balanserat!

Johan Lökk

docent, överläkare, geriatriska kliniken,
Huddinge Universitetssjukhus,
johan.lokk@hs.se

Referenser

1. Murman DL, Chen Q, Colucci PM, Colenda CC, Gelb DJ, Liang J. Comparison of healthcare utilization and direct costs in three degenerative dementias. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:328-36
2. Clarke R, Smith AD, Jobst KA, Refsum H, Sutton L, Ueland PM. Folate, vitamin B12, and serum total homocysteine levels in confirmed Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1998; 55:1449-55.
3. Seshadri S, Beiser A, Selhub J, Jacques PF, Rosenberg IH, D'Agostino RB, et al. Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2002;346:476-83
4. Nilsson K, Gustafson L, Hultberg B. Improvement of cognitive function after cobalamin/folate supplementation in elderly persons with dementia and elevated plasma homocysteine. *Int J Geriatric Psychiatry* 2001;16:609-14.
5. Martin DC, Francis J, Protetch J, Huff FJ. Time dependency of cognitive recovery with cobalamin replacement: report of a pilot study. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:168-72.
6. Schneede J, Refsum H, Ueland PM. Biological and environmental determinants of plasma homocysteine. *Semin Thromb Hemost* 2000;26:263-79.
7. Bottiglieri T. Folate, vitamin B12, and neuropsychiatric disorders. *Nutr Rev* 1996;54:382-90.
8. Fava M, Borus JS, Alpert JE, Nierenberg AA, Rosenbaum JF, Bottiglieri T. Folate, vitamin B12, and homocysteine in major depressive disorders. *Am J Psychiatry* 1997;154:426-28.
9. Taylor MJ, Carney S, Geddes J, Goodwin G. Folate for depressive disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003390.
10. Lopez OL, Becker JT, Sweet RA, Klunk W, Kaufer DI, Saxton J, et al. Psychiatric symptoms vary with the severity of dementia in probable Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003;15:346-53.