

Missvisande om kliniker och forskning

■ Läkartidningen har i ett par artiklar tagit upp frågan om Vancouverreglerna och hedersförfattare, vilket jag tycker är viktigt och positivt. I nummer 6/2010 (sidan 316) har tidningens reporter intervjuat professorerna Sten Lindahl och Anders Ekblom om klinikers forskningsmedverkan, där klinisk forskning beskrivs på ett diskutabelt sätt. Klinisk forskning varken ska eller får gå till på det sätt som beskrivs. Man kan varken ta en extra bit av levern eller ett extra blodprov utan att projektet har etiskt godkännande och biobanksreglerna följs. Jag är övertygad om att de intervjuade personerna är medvetna om det omfattande regelverk som omger hantering av provmaterial från patienter. Våra patienter måste känna en trygghet i att inget sker utan full information.

Godkännande från etisk kommitté och följande av biobankslagen kräver att kliniker engageras tidigt i processen avseende forskningsprojektet. Etikansökan måste inges och undertecknas av verksamhetschefen. Den ansvarige läkaren måste infor-

mera patienten och få ett godkännande att ta material och måste ju kunna förklara värdet av det planerade forskningsprojektet. Det är inte ovanligt att det kommer frågor om vävnad från människor från forskare, och min erfarenhet är att det är viktigt och värdefullt att diskutera igenom projektet noga och tillsammans komma fram till vilken typ av vävnad och preparation som är önskvärd för en framgångsrik forskning.

Jag anser att Läkartidningen måste beskriva klinisk forskning på ett korrekt och nyanserat sätt. Rubriksättningen på sidan 314 i samma nummer »Hedersförfattare är ofta läkare« visar sig inte ha något statistiskt underlag, bara ett uttalande av en anonym doktorand. Sammantaget uppfattar jag ovanstående som ett påhopp på kliniker av en art som man brukar se i kvällspressen men som jag hoppats slippa se i Läkarförbundets organ Läkartidningen.

Bertil Hamberger
professor emeritus i kirurgi,
Stockholm
bertil.hamberger@ki.se

Redaktionen svarar

■ I likhet med Bertil Hamberger är vi övertygade om att de personer som intervjuades i artikeln är väl insatta i de etiska reglerna för forskning på människor. Att ingen av dem nämnde regelverket bör nog tolkas som att det är så självklart att dessa regler ska följas att det inte behöver sägas. Vi kan under alla omständigheter bara citera vad som faktiskt sagts.

Vårt att påpeka är dock att de insatser som Bertil Hamberger nämner inte i sig meriterar till medförfattarskap enligt Vancouverreglerna, vilket är vad frågan gäller.

Angående rubrikvalet var

båda artiklarnas rubriker satta inom citattecken. Meningen med det är att signalera att rubriken återger ett uttalande från en person, en organisation eller liknande, snarare än ett sakförhållande.

Frågan om rubriken »Hedersförfattare är ofta läkare« har täckning gäller alltså om rubriken på ett rimligt sätt återger vad den intervjuade personen A säger i artikeln. Det anser vi att den gör.

Michael Lövtrup
reporter

Karin Bergqvist
redaktionschef

Läsarkommentarer

I LT 9/2010 (sidan 565) skrev Björn Bragée om sina erfarenheter att vara en sk besvärlig patient. Här publicerar vi utdrag ur några av de läsarkommentarer på lakartidningen.se som hans inlägg gett upphov till. red

Tänkvärt

Björn, Ditt inlägg är en tankeställare för oss alla i vården. Tack!

Leo Hassler
leg läkare

Bristande logistik?

Jag tror tyvärr inte att Du särbehandlats för att Du varit besvärlig, jag tror det är så här det fungerar. Att Du protesterar och lägger märke till missförhållanden blir förhoppningsvis något gott för alla, besvärliga eller tysta, i slutändan.

Maria Warenmark
distriktsläkare

Så sant

Jag tror att vi som jobbar inom sjukvården måste ödmjukt inse att vårt arbete är ett serviceyrke och att vi kan känna oss nöjda först när patienten, vem det vara månede, har fått svar på sina frågor och erjudits medicinsk service som motsvarar våra egna förväntningar. Det är ju egentligen intet nytt – och ändå så svårt att genomföra och tillämpa?

Det mesta bygger trots allt på den personlighet man har och hur man nyttjar sina resurser – problemet är bara att det finns alltför få som korrigerar och utbildar professionella människor i konsten att bemöta, omhänderta och fullfölja en tjänst parallellt med patientens sjukdomsförlopp ... en svår konst, som dock bör uppmuntras, utvecklas, förbättras och premieras i dagens operosonliga sjukvård.

Pawel Berens
leg läkare

Mycket lärorikt vara patient

Jag är mycket förbryllad och besviken över att »vi« läkare kan lyssna så dåligt på våra patienter. De sitter ju verkligen inne med den bästa informationen!!!

Ingrid Henriksen
leg läkare

Tack

Tack Björn, för att du vågar skriva om den verklighet många möter inom vården. ... Många gånger har jag undrat: varför söker sig folk till att jobba inom sjukvården om de inte förväntar sig att ha med sjuka människor att göra, om de inte vill ta hand om andra??

Helena Kazarina
specialist i allmänmedicin,
specialist i allmänpsykiatri,
leg psykoterapeut

Bäste kollega Björn!

Det är mycket sorgligt för alla inblandade parter i alla relationer mellan läkare och patient att vi saknar en gedigen utbildning i psykologi och människokänedom. Jag har en drömvision där det även ingår en rejäl dos människokärlek. Med önskan om att du snart är frisk.

Anne-Charlotte Langemar Patzer
f d distriktsläkare

Mycket bra inlägg

Det jag lärt mig är »att misslyckas« ingår inte i definitionen av en patient. En sak med sjukvården för oss läkare är att vi har förlorat en stor del av rätten att bestämma och organisera vårt eget arbete. Det är alltför många detaljbestämmer och förordningar, alltför många »andra« som bestämmer över vår tid. Dessutom ingår det inte i vår utbildning att lära sig lyssna.

Yr Logadottir
leg läkare

Personlig innebörd

Det är min sak att anpassa mig, inte patientens, men oj så svårt det är ibland. Visst är vård »möten«, ett möte mellan två människor där allt ansvar för mötets upplägg, innehåll och lyckade utgång ligger helt på mig. Ibland är det ensamt och lite sorgligt och oroande att vara doktor ...

Fia-Lotta
distriktsläkare

Otydligt om antibiotikaprofylax i tandvården

Johan Blomgren och kollegor har nyligen presenterat synpunkter på användningen av antibiotikaprofylax inom tandvården i såväl Läkartidningen [1] som Tandläkartidningen [2]. Man påpekar att det föreligger en överförskrivning av antibiotika inom tandvården och lyfter fram de riktlinjer för endokarditprofylax som finns publicerade nationellt [3, 4].

I Läkartidningsartikeln [1] står under rubriken »Inopererade föremål ingen indikation« att läsa »För behandling av patienter med olika former av inopererade föremål såsom ledproteser, pacemaker, stentar, graft och shuntar saknas det helt evidens för att ge antibiotikaprofylax«. Ingenstans i LT-artikeln nämns patienter med inopererade klaffproteser eller patienter med komplexa kongenitala vitier. Man påpekar dock att profylax kan »övervägas... för enskilda patienter som riskerar ett mycket allvarligt, letalt, förlopp vid en infektiös endokardit«. I de uppdaterade svenska rekommendationerna, publicerade i maj 2009 på infektionsläkarföreningens webbplats [4], definieras en högriskgrupp av patienter där man kan överväga att ge endokarditprofylax. Denna högriskgrupp omfattar patienter med

- inopererad klaffprotes
- genomgången endokardit
- komplicerade medfödda cyanotiska vitier.

Enligt en stor europeisk databas är risken att avlida i samband med akut operation på grund av klaffprotesendokardit 12–50 procent beroende på övriga omständigheter [5].

Protesendokardit är alltså ett synnerligen allvarligt tillstånd varför vi, liksom författarna av tillgängliga nationella [3, 4] och internationella [6, 7] riktlinjer, fortfarande anser att antibiotikaprofylax bör övervägas i samband med orala ingrepp hos patienter med inopererad klaffprotes.

Det gläder oss att Blomgren och medarbetare varit mer tydliga i Tandläkartidningen [2], där såväl patienter med

inopererade klaffproteser eller komplicerade medfödda vitier och patienter med endokardit i anamnesen lyfts fram, men vi tycker att det är viktigt att även Läkartidningens läsekrets påminns om behovet av endokarditprofylax hos dessa patienter.

Dan Lindblom
docent, överläkare,
thoraxkliniken
dan.lindblom@karolinska.se

Katarina Westling
med dr, överläkare,
infektionskliniken

Eva Mattsson
överläkare,
hjärtkliniken

Anders Albåge
med dr, överläkare,
thoraxkliniken;
samtliga vid
Karolinska
universitetssjukhuset

REFERENSER

1. Blomgren J, Heimdahl A, Struwe J. Antibiotikaprofylax sällan indicerad inom tandvården. Läkartidningen. 2009;106(52):3485–6.
2. Blomgren J, Dahlén G, Dohnhammar U, Heimdahl A, Struwe J, Wahlin Y-B, et al. Få indikationer för antibiotikaprofylax. Tandläkartidningen. 2009;101(14):50–4.
3. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008. <http://www.socialstyrelsen.se/>

4. Svenska infektionsläkarföreningen. Harriet Høgevik. Endokarditprofylax. Uppdaterat maj 2009. Tillgänglig från http://www.infektion.net/klinik/hjarta/endokardit/Endokarditprofylax_maj_09.pdf
5. European System for Cardiac Operative Risk Evaluation. Cambridge: EuroSCORE; 2010. <http://euroscore.org/>
6. Horstkotte D, Follath F, Gutschik

7. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levins M, et al. Prevention of infective endocarditis. Guidelines from the American Heart Association. Circulation. 2007;116:1736–54.

replik:

Antibiotikaprofylax bör övervägas till endokarditrisikpatienter

Samtidigt som vi ger Dan Lindblom och kollegor helt rätt i sina synpunkter beklagar vi att avsnittet om endokarditprofylax, i den kraftigt bearbetade och nedkortade version av originalmanuset från Tandläkartidningen som publicerades i Läkartidningen [1], fick en olycklig formulering. Vi ville med vår artikel skapa en samsyn mellan läkare och tandläkare i diskussionen kring antibiotikaprofylax och hade önskat att artikeln i original hade kunnat publiceras samtidigt i både Tandläkartidningen och Läkartidningen. Detta hade kanske förhindrat den otydlighet som nu uppstod.

Det är helt klart att nuvarande uppdaterade svenska rekommendationer [2] omfattar patienter

med inopererad klaffprotes och patienter med komplicerade medfödda cyanotiska vitier.

Patientgruppen »genomgången endokardit« finns med i faktarutan över patientgrupper där antibiotikaprofylax kan övervägas (sista sidan), men i texten under rubriken »Sammanfattningsvis« rekommenderas däremot inte profylax till denna grupp.

Vi vill också i detta svar påminna om vikten av optimal munhälsa, vilket sannolikt minskar både incidens och grad av bakteriemi för dessa riskpatienter. Ansvariga läkare kan här göra en viktig insats genom att uppmana och motivera sina patienter att söka tandvård, eller ännu bättre remittera riskpatienterna för lämpligt tandvårdsomhändertagande.

Johan Blomgren
övertandläkare, kliniken för
sjukhustandvård, Sahlgrenska
universitetssjukhuset/Östra,
Kungälv sjukhus; Folktandvården,
Västra Götalandsregionen
johan.blomgren@vgregion.se

Anders Helmdahl
professor, käkkirurgi,
institutionen för odontologi,
Karolinska institutet, Stockholm

Johan Struwe
docent, överläkare, Strama;
Smittskyddsinstitutet, Solna

REFERENSER

1. Blomgren J, Heimdahl A, Struwe J. Antibiotikaprofylax sällan indicerad inom tandvården. Läkartidningen. 2009;106(52):3485–6.
2. Svenska infektionsläkarföreningen. Harriet Høgevik. Endokarditprofylax. Uppdaterat maj 2009. http://www.infektion.net/klinik/hjarta/endokardit/Endokarditprofylax_maj_09.pdf

