

Förändrad RLS-utgåva smygs in på telefonkort

Företaget MediCard International AB har i sin marknadsföring av ett praktiskt telefonkort »på begäran av svenska neurocentra» till kortet lagt en variant av RLS85-skalan i ultrakortversion tillsammans med föregångaren Glasgow Coma Scale (GCS). I båda fallen saknas de operationella definitionerna för de olika skalstegen. Företaget är troligtvis helt omedvetet om den debatt som pågick i Läkartidningen 1996 [1].

På kortet anges att man vid användningen av GCS skall bilda en summa för lätta, medelsvåra respektive svåra skallskador.

Denna summa beror inte på att delarna GCS är tillförlitliga, utan på att man måste dölja två egenskaper hos GCS för att kunna jämföra materialen: a) Summavärdet är otillförlitligt och b) en tydlig rekommendation saknas för hur man skall göra med intuberade patienter respektive patienter med svullna ögonlock [2].

Som framgår av min tidigare insändare [1] löser man inte problemet med att jämföra patienter mellan olika centra med GCS, genom att ge lägsta möjliga värdet på delskalorna.

Självfallet finns legitimt behov av att kunna svårighetsgradera sina patienter på ett rimligt sätt och att kunna jämföra sig med andra länder. Neurokirurgen Daniel Stålhammar (neurotraumatolog) och jag har tidigare i Läkartidningen angivit en sådan rimlig översättning mellan GCS och RLS85 [3].

Det är anmärkningsvärt att man på ett så lättvindigt sätt tar på sig ett ansvar för hela sjukvårdens sätt att mäta en av de viktigaste parametrarna för svårighetsgradering, som man nu gjort. Det är nämligen så att RLS85 är en generell reaktionsgradsskala som är avsedd att användas på alla patientgrupper (utom barn), och en del patientgrupper (t ex barn, intoxikationer och slaganfall) reagerar inte alls som t ex traumapatienter.

Enligt min uppfattning är det okunligt och ansvarslost av företagets rådgivare att gå ut generellt till svenska läkare med en forskningsversion av RLS85 [4]. Stålhammar och jag har tidigare prövat denna möjlighet och förkastat den. I denna forskningsversion delar man RLS85 nivå 3 i en högre och en lägre nivå. Den senare har absolut inte samma grad av säkerhet som hela

RLS85. Ta avstånd från den versionen till dess ytterligare forskning påvisat att detta är ett korrekt förfarande.

Jag är naturligtvis glad för att företaget tar över Pharmacia-Upjohns sponsring av RLS-kortet till sjukvården, men då skall man värna om att använda en korrekt version.

Jan-Erik Starmark

docent, överläkare i psykiatri, enheten för neuropsykologi, neurologiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Kommentar:

Viktigt bestämma sig för typ av reaktionsgradsskala

Jag blev lika förvånad som Jan-Erik Starmark när jag med posten för en tid sedan fick en telefonlista i fickformat från MediCard International AB med kortversioner av Glasgow Coma Scale och RLS85.

Jan-Erik Starmark reagerar på att den förtryckta RLS85-skalan är en forskningsvariant som vi använder i Uppsala, och jag håller med om att den inte bör spridas i landet eller förväxlas med den originalskala som Starmark och medarbetare tagit fram. Jag vet inte hur den har hamnat på MediCard Internationals AB telefonkort, och såvitt jag kunnat få fram är det ingen vid neurokirurgiska kliniken i Uppsala som medverkat till detta.

RLS85 används bara i Sverige

Jag tycker det i sammanhanget finns skäl att kortfattat kommentera den pågående diskussionen om vilken reaktionsgradsskala som bör användas för bedömning av framför allt skallskadade patienter. RLS85 är enligt min uppfattning den bäst vetenskapligt validerade skalan och den är också mycket enkel och praktisk att använda. I Sverige har bl a Svensk neurokirurgisk förening och Svensk förening för anestesi och intensivvård rekommenderat användningen av RLS85. Denna skala har dock en avgörande svaghet, nämligen att

Referenser

1. Starmark JE. Ingen anledning att byta ut svensk skala för skallskador. Läkartidningen 1996; 93: 1605.
2. Starmark JE, Stålhammar D. Ny reaktionsgradsskala rekommenderas i Sverige. Läkartidningen 1990; 87: 1466-9.
3. Starmark JE, Stålhammar D, Holmgren E, Rosander B. A Comparison of the Glasgow Coma Scale and the Reaction Level Scale (RLS85). J Neurosurg 1988; 69: 699-706.
4. Starmark JE. Reaction Level Scale (RLS85): An Update. In: Risberg B, ed. Trauma care Göteborg: Pharmacia & Upjohn 1996; 27-44.

den nästan bara används i Sverige, medan Glasgow Coma Scale (GCS) helt dominerar internationellt. GCS ingår också som en delkomponent i flera av de trauma- och intensivvårdsklassifikationer som alltmer används i Sverige. Det blir därför allt viktigare att även GCS registreras, eftersom det är en förutsättning för mycket av den kliniskt inriktade forskningen inom traumatologi och intensivvård.

I Uppsala har vi valt att modifiera RLS85 så att RLS grad 3 delas upp i en övre och en nedre del, 3 a respektive 3 b. Det blir då relativt lätt att översätta RLS85 till GCS motorskala och om man också registrerar ögonöppning och tal (på icke intuberade patienter) får man alla tre delarna av GCS.

Ett annat skäl att använda GCS är att internationell klassifikation av traumatisk skallskada bygger på uppdelning av patienterna i grupperna lätt, måttlig eller svår skallskada. Svår traumatisk skallskada (severe traumatic brain injury) definieras således som en patient som inte öppnar ögonen, som inte uttalar begripliga ord och inte lyder uppmaning. Detta får man inte fram ur den originella RLS-skalan, men med Uppsalavarietans grad 3 b fångas patienter som endast avvärjer adekvat på smärta, men som inte lyder uppmaning.

Slutligen vill jag åter poängtera att

Är restless legs en indikation vid behandling med levodopa?

mig veterligen har neurokirurgin eller neurocentrum i Uppsala inte varit involverad i framtagandet av de telefonkort som nu uppenbarligen florerar på många håll i landet.

Lennart Persson,
professor, klinikchef,
neurokirurgiska kliniken,
neurocentrum,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Replik:

Omarbetat kort på väg

Jan-Erik Starmark påpekar att den RLS85-skala som finns på det kliniktelefonkort (neurokirurgiska specialiteer) som han har fått är en inte allmängiltig forskningsversion av RLS85 som i vissa fall är felaktig. Vi är mycket tack-samma för att han kommenterar detta och vi har redan påbörjat utskick av en omarbetad version där denna skala är borttagen.

De för varje klinik specialutformade kliniktelefonkortet är ett hjälpmedel för läkare innehållande aktuella telefonnummer och söknummer till kolleger, mottagningar och avdelningar, apotekstelefonnummer, diagnoskodslista och till detta kan sedan varje klinik och specialitet själv addera önskad information. Varje läkare på en klinik får ett eget telefonkort och uppmanas samtidigt att göra tillägg och ändra felaktigheter. Kortet uppdateras två gånger om året. När det gäller den aktuella specialiteten neurokirurgi önskade flera specialister få den omtalade RLS85-skalan med på kortet och vi tog därför med en sammanställning (identisk med den nu omtalade skalan) utarbetad på ett av de neurokirurgiska centren i landet. Informationen på klinktelefonkortet skall vara sann och odiskutabel och om det framkommer att den kan ifrågasättas tas den bort helt. I det aktuella fallet är det uppenbarligen olämpligt att använda sig av en dylik ultrakort version i den kliniska vardagen.

Vi beklagar det inträffade och skickar ut reviderade klinkkort till berörda.

Per Lundin
MediCard International AB

Jan Ulfberg och medförfattare frågar sig i en informativ artikel om restless legs (Läkartidningen 10/99) varför varken Fass eller Läkemedelsboken nämner restless legs som indikation vid levodopabehandling. Det är nu 40 år sedan Christian von Scheele introducerade levodopabehandling i Sverige vid detta tillstånd. Att restless legs fortfarande skulle vara ett okänt begrepp som författarna spekulerar i kan knappast vara orsaken. Troligare är det faktum, som Ulfberg också omnämner, att medicinering med levodopa visserligen ger en omedelbar symtomlindring, men vid längre tids användning hos åtminstone en del av patienterna också leder till en förstärkning av symtomen. Läkemedelsbolagen har troligtvis inte kunnat visa på en positiv effekt av levodopa vid restless legs vid de dubbelblindstudier under en längre tid, som man säkerligen initierat. (Ulfberg nämner att sym-

tomtet kan finnas hos 1–5 procent av befolkningen, en mycket stor patientgrupp, som läkemedelsbolagen inte skulle släppa ifrån sig utan anledning). Men man har ju heller inte haft anledning att låta publicera några dubbelblindstudier med negativt utfall. Då skulle ju den försäljning av levodopa som man idag har med indikationen restless legs kanske helt försvinna.

Har Läkemedelsverket något ansvar i den nuvarande situationen med bristande kunskap. Vilka möjligheter har Läkemedelsverket att själva initiera en dubbelblindstudie i ett sådant här fall?
Sigbritt Starzmann
sjuksköterska, Lidköping

Referens

Ulfberg J, Jönsson R, Lindberg E, Nyström B, Mallon L. Restless legs. Föga uppmärksammat symptom. Läkartidningen, 1999; 96: 1183-8.

Replik:

Läkemedelsverket har en kontrollerande och granskande funktion

Uppgiften i insändaren om att det var 40 år sedan von Scheele introducerade levodopabehandling i Sverige vid restless legs stämmer inte, eftersom den goda effekten av levodopa vid restless legs beskrevs av Akpinar först i början av 1980-talet [1].

Beträffande Läkemedelsverkets ansvar kan man rent allmänt säga att det i normalfallet är läkemedelsföretagen som tar fram dokumentationen och ansöker om en indikation för ett visst läkemedel, medan Läkemedelsverket mer har en kontrollerande och granskande funktion. Läkemedelsverket kan hjälpa till att stödja tillkomsten av studier, men har inte resurser att själva genomföra denna typ av studier.

Läkemedelsverket kan vidare bidra till att öka kunskapen genom att inom ramen för workshops utfärda behandlingsrekommendationer för olika terapiområden. Om det inom sjukvården etableras praxis med systematisk användning av ett läkemedel på en icke godkänd indikation faller ansvaret för

att få till stånd studier såväl på läkemedelsföretagen som på sjukvårdens huvudmän.

Björn Arvidson
docent,
Björn Beermann
professor,
Läkemedelsverket,
Uppsala

Referens

1. Akpinar S. Treatment of restless legs syndrome with levodopa plus benserazide. Arch Neurol 1982; 39: 739.

KOLLEGIALT NÄTVERK

Information om Kollegialt Nätverk tel 08-22 58 38 eller www.slf.se på Doktors sida. Du kan också kontakta oss via e-post kollegialt.natverk@slf.se.