

artikel, där det står: »... där det krävs snabb smärtlindring ... kan opioida analgetika eller tramadol användas, enskilt eller i kombination med något av förstahandspreparaten.«

Termen »kronisk smärta» bör mycket riktigt undvikas men kom olyckligtvis med som referensitetel efter direktöversättning av den engelska titeln på SBUs rapport [1].

Tabellen som skribenterna anser felaktig är ett försök till sammanställning av översikter från bl a Läkemedelsverket och Finnerup [2]. Den senare beskriver »peripheral focal neuropathy», vilket överensstämmer med vår praktiska benämning »lokal, perifer».

Vi håller helt med skribenterna om att neurokirurgi är förstahandsalternativ vid trigeminusneuralgi sedan läkemedelsbehandling prövats. Neurokirurgi är för övrigt sannolikt underutnyttjad även vid andra neuropatiska smärtillstånd.

De individuella variationerna i dosering av amitriptylin vid behandling av neuropatisk smärta är stor, och 150 mg är definitivt inte en normaldos.

Sammanfattningsvis är vår förhoppning att de aktuella riktlinjerna ska kunna bidra till en rimlig och säker handläggning av misstänkt eller säkerställd neuropatisk smärta hos patienter inom primärvården. Därmed inte sagt att all diagnostik och behandling ska ske inom loppet av 10 minuter!

Monica Löfvander

docent, distriktsläkare
monica.lofvander@ki.se

Karsten Ahlbeck

specialistläkare

Odd Lindell

specialist i allmänmedicin

REFERENSER

1. Methods of treating chronic pain. A systematic review. Stockholm: SBU; 2006. Report 177.
2. Finnerup NB, Otto M, Jensen TS, Sindrup SH. An evidence-based algorithm for the treatment of neuropathic pain. MedGenMed. 2007;9:36.

God vård kräver flera informationstjänster

■ Hälso- och sjukvården behöver informations- och kunskapsstöd till rimliga kostnader. För att patienterna ska få den goda vård som man från centralt håll så gärna talar om krävs att det finns ett urval av kvalitativa tjänster att hämta information ifrån. Det finns inget enskilt system som fixar allt. I perspektivet av att ge god och patientsäker vård ska flera tjänster ses som något positivt. Om inte annat visar erfarenheterna i Norge detta, då den med centrala medel uppbyggda läkemedelsdatabasen visar sig innehålla en massa felaktiga uppgifter; se <<http://www.vg.no/helse/artikel.php?artid=535690>>.

Verkligheten är helt enkelt för komplicerad och för förändring för att på ett tillfredsställande sätt kunna läsas in i ett enda och av den centrala byråkratin rekommenderat system. Det är för hälso- och sjukvården nödvändigt att olika källor tillhandahålls. Ytterst handlar det också om att slå vakt om den kritiska granskningen som grunden för informations- och kunskapsinhämtningen. Den befrämjas inte av det enda systemet.

Sverige är ett litet land, och svenska är ett litet språkområde. Visst kan traditionerna och medicinsk praxis vara olika, men om kunskaper finns om dessa olikheter och om förhållningssättet är kritiskt kan man vid sidan av de svenska med fördel använda sig av många befintliga internationella informations- och kunskapstjänster.

Jag åser med stigande förväntning hur man i Sverige inte verkar bry sig om befintliga internationella databaser med hög kvalitet utan med höga kostnader uppenbarligen ska uppfinna hjulet på nytt. Farmakologin kan stå som ett exempel. Här får jag höra att man från centralt håll hävdar att »svensk sjukvård« inte erkänner de farmakolo-

giska databaserna i Micro-medex.

Jag blir förvånad över den övermäga inställningen – blott Sverige svenska krusbär har – och betryckt som skattebetalare. Jag kan därför tycka att man från läkarhåll skjuter över målet när man kritisrar Apoteket, som i sin planerade elektroniska receptgransknings vill använda andra farmakologiska databaser än »de som används inom sjukvården«; se <<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=11185>>.

Huvudfrågan måste väl vara om informationen ifråga är korrekt eller inte och att patienterna garanteras god vård utifrån bästa möjliga utbud av informations- och kunskapsstöd. För mig innebär detta

att stödsystemen ska vara flera, och detta gäller självklart även andra områden inom hälso- och sjukvården. För det går aldrig att lita på ett enda system.

Dessutom kan vi i Sverige aldrig åstadkomma samma omfattande och genomarbetade tjänster som man kan internationellt. Jag behöver bara nämna Medline som exempel. Låt oss därför använda den rikedom av kvalitativa tjänster som tillhandahålls både internationellt och nationellt, och låt oss fortsätta att använda den kritiska granskningens metod.

Bengt Holmquist

senior librarian, Falu lasarets bibliotek och informationscentral
bengholmquist@telia.com

REPLIK:

Alltför många varningar far mottagaren att stänga av informationen

■ Olika informationskällor i sjukvården kan absolut bidra till mångfald, men kan också innebära ett onödigt merarbete för redan stressade kliniker. Man måste se till var och hur informationen ska användas i organisationen och sjukvårdsflödet.

I ett kliniskt sammanhang, där man i lugn och ro utredar olika behandlingsmöjligheter eller orsaker till oväntade behandlingsutfall, är mångfalden av godo, och det är så vi arbetar t ex vid landets läkemedelsinformationscentrar.

I en screenings situation, som det innebär när alla förskrivningar förutsättninglös ska kopplas mot ett informationsverktyg, ställs helt andra krav på innehåll, utformning och samordning. Den viktigaste anledningen är att

»over-alerting« riskerar att leda till att mottagaren av informationen stänger av systemet, antingen mentalt eller fysiskt, och inte tar in informationen.

Om risken för falskt positiva utfall (överflödiga varningar) är för hög, så riskerar screeningen också att leda till mer skada (t ex i form av onödiga utredningar och ingrepp) än nytta. Det är i det här sammanhanget som det är olyckligt att man inför olika, parallella system med olika information, och det gör mig betryckt, både som klinisk farmakolog och som skattebetalare.

Ylva Bottiger

med dr, klinisk farmakologi,
Karolinska Universitets-
sjukhuset, Stockholm
ylva.bottiger@karolinska.se