

vetenskaplig grund, eftersom den inte tillmäts betydelse i omhändertagandet av den sjuka patienten. En stor mängd ovetenskapligt grums florerar i medicinens grannskap som indirekt kan vinna på att vetenskapliga studier inte tillmäts värde nog att komma patienten till del.

För det andra: enligt en lång tradition ska svensk sjukvård bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I vårt land, liksom i västvärlden i övrigt, finns en sorts tyst överenskommen mellan läkemedelsindustri/riskkapital och sjuk- och hälsovård, där industrin står för utveckling av nya behandlingsmetoder. Industrin har accepterat strikta vetenskapliga regler för att dokumentera kliniska effekter av olika behandlingar. Riskkapitalet har också bekostat de evidensbaserande studier som vi i sjukvården krävt för att få visshet om att den behandling vi ger verkligen hjälper våra patienter. Dessa satsningar kostar stora resurser. Därför måste industrin också veta att det finns en chans att ta hem satsningarna. Om nu myndigheten bryter samarbetet om värdet av vetenskapligt dokumenterad effekt och inte tar fasta på erhållna vetenskapliga resultat måste naturligtvis riskkapitalet fråga sig om man är beredd att göra vidare satsningar inom detta fält. Vi står inför ett scenario med kraftigt minskade resurser för klinisk forskning.

För det tredje måste den enskilda klinikern, som lägger ner tid och arbete på kliniska provningar, fråga sig: Är det värt besväret att lägga ner det här arbetet när jag inte ens vid positivt utfall kan veta om behandlingen kommer min patient till del? Det kliniska forskningsklimatet blir frostigare.

Argumentet om en förlängning av livet med elva dagar vid intensiv statinbehandling känner jag igen från behandlingsnihilisterna när det gäller vår hälsoekonomiska utvärdering av 4S-studien [2].

Skälet till att det blir så är naturligtvis att antalet fall under en tidsbegränsad studie endast utgör en bråkdel av antalet deltagare i studien. Detta argument har inte hindrat att simvastatinbehandling blivit ett viktigt verktyg i förebyggande av hjärt-kärlsjukdom. Det är också viktigt att komma ihåg att läkarens och sjukvårdens uppgift för det mesta inte är att förlänga livet utan att minska och förebygga mänskligt lidande.

Det är också litet märkligt att författarna hänvisar till nya beslut inför kommande vetenskapliga studier när man förkastar resultaten av redan publicerade PROVE-IT, TNT och IDEAL.

Om någon av författarnas föräldrar hade diabetes och fick en hjärtinfarkt, till vilken LDL-kolesterolnivå skulle de då önska att behandlingen drevs?

Själv kommer jag att fortsätta att behandla mina högriskpatienter enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Ur preventionssynvinkel med lipidreglerande läkemedel slår Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 in öppna dörrar eftersom majoriteten av svenska hjärtpatienter redan nått under 2,5 mmol/l i LDL-kolesterol. Riktlinjerna kommer därför tyvärr inte att från lipidpreventiv synpunkt påverka sjuklighet och dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. Synd på ett i övrigt så fint dokument.

Anders G Olsson
professor, institutionen för medicin och hälsa, Hälsouniversitetet, Linköping
andol@imv.liu.se

REFERENSER

- Lindgren P, Graff J, Olsson AG, Pedersen TJ, Jönsson B; IDEAL Trial Investigators. Cost-effectiveness of high-dose atorvastatin compared with regular dose simvastatin. *Eur Heart J*. 2007;28:1448-53.
- Johannesson M, Jönsson B, Kjeks-hus J, Olsson AG, Pedersen TR, Wedel H. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *N Engl J Med*. 1997; 336:332-6.

Överdrivet om allvarlig smärta hos barn

Långvarig smärta hos barn och ungdomar kan och bör behandlas

Problemet är vanligt och medför stort lidande

Få smärtmottagningar för barn

Specialistkompetens behövs vid alla landets barnkliniker

Rubriken till artiklarna i LT 10/2008 som ifrågasätts i inlägget.

I Läkartidningen 10/2007 (sidorna 720-5) kunde vi läsa om kronisk smärta hos barn som ett försummat problem. Enligt författarna har 20 procent (enligt en uppgift i texten 15-60 procent) av Sveriges barn återkommande smärtproblematik. Det skulle svara mot 400 000 barn. För att hantera detta jätteproblem föreslås att särskilda smärtenheter med multiprofessionell sammansättning inrättas vid landets barnkliniker.

I artikeln beskriver författarna att den mottagning som finns på Karolinska institutet tar emot barn mellan 6 och 18 år, och de vanligaste smärtlokaliseringarna är ont i magen och huvudvärk.

Som allmänläkare med tillsammans 85 års erfarenhet med ansvar för BVC och skolhälsovård under större delen känner vi inte igen denna verklighet. Ett fåtal barn (på promillenivå?) har en svår smärtproblematik som följd av annan allvarlig sjukdom, och det är självfallet mycket angeläget att de får bästa tänkbara hjälp med sin smärta. Annars är den smärtproblematik som barn har oftast tillfällig och/eller lindrig. Det mesta handläggs av kloka föräldrar, någon gång med stöd och handledning av BVC eller skolhälsovård.

Vi vet sedan länge att en del barn får ont i magen när de

börjar skolan, och samma eller andra barn får huvudvärk senare i skolåldern [1]. När man nystar i problemet med barnet och föräldrar så finns det vanligtvis något i omgivningen som pressar barnen på ett eller annat sätt. Om man arbetar med helhetssyn i mötet med sin barnpatient så kan smärta förstås och diskuteras med barnet och föräldrarna.

Sällan eller aldrig har vi känt behov av att remittera barn till ett smärteam med mutiprofessionell sammansättning. En sådan inrättning kan kanske behövas för barn med svår smärtproblematik, men skulle för merparten av barn med mindre allvarlig smärta kunna bli en form av medikalisering av vardagsproblem, som kan medföra oönskade konsekvenser.

Jan Håkansson
distriktsläkare, Krokoms
jan.hakansson@jll.se

Margareta Söderström
distriktsläkare, Hörby

Robert Svartholm
distriktsläkare, Boden

Peter Olsson
distriktsläkare, Jokkmokk

REFERENS

- Söderström M, Hovelius B, Nyberg P. Sjukvårdskonsumtion bland barn i olika tillsynsformer. Abstract. Dalbydagarna, 1986.