

fen på särskild receptblankett, vilket infördes under 2001. Detta skedde mot bakgrund av rapporter om 160–200 dödsfall per år, där man inte kunnat utsluta ett möjligt samband med intag av dextropropoxifen.

Alternativ

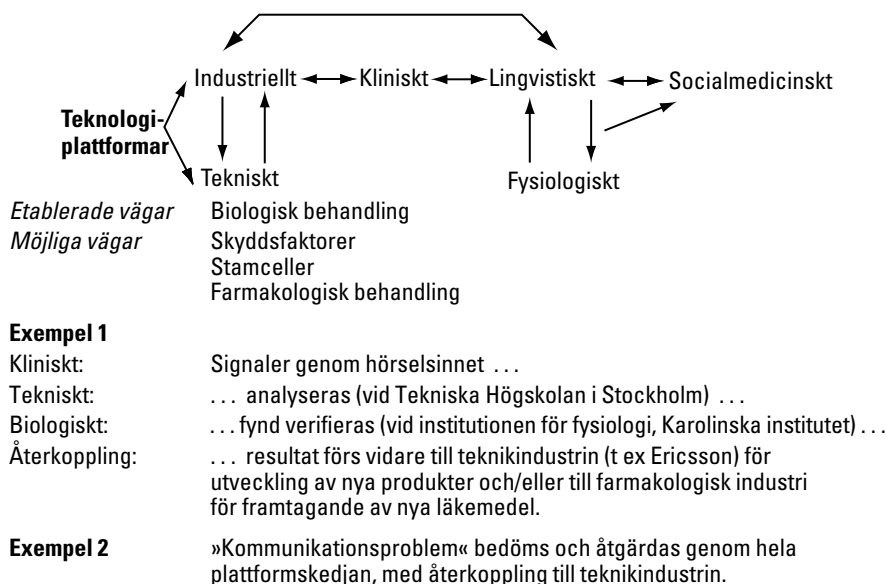
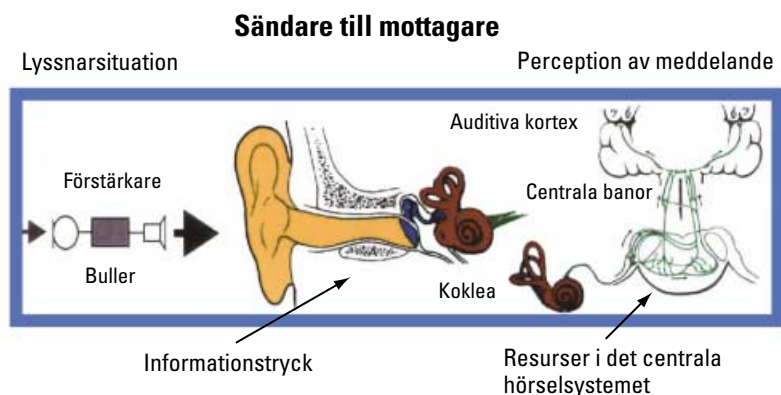
Ett alternativ hade kunnat vara att helt avregistrera preparaten, men man gjorde då bedömningen att de för vissa patienter fortfarande var ändamålsenliga och att det inte fanns något entydigt bättre behandlingsalternativ. Samtidigt informerade Läkemedelsverket om riskerna med användningen av dextropropoxifen och manade till restriktiv förskrivning. Förskrivningen har därefter minskat kraftigt, men det är ännu för tidigt att utläsa eventuella kliniska effekter av denna förändring.

Läkemedelsverket vill belysa oklarheter

Läkemedelsverkets målsättning med information från expertgruppsmöten via Information från Läkemedelsverket och på www.mpa.se är att den är tänkt att utgöra ett stöd för läkemedelskommittéer och den förskrivande läkaren. Expertgruppsmötet kring användningen av opioider vid behandling av långvarig icke-cancerrelaterad smärta är just ett exempel på Läkemedelsverkets strävan att fånga upp och försöka belysa frågor där det föreligger oklarheter.

Björn Beermann
professor, enhetschef,
Läkemedelsverket

Kommentar angående förslaget om kompetenscentrum för bättre hörsel



Figur 1. Institutioner/kliniker bildar »teknologiska plattformar«, vilka tillsammans utgör ett kluster som samarbetar på universitetsnivå.

II Mats Ulfendahl kommenterar i Läkartidningen 16/2002 (sidan 1848) vårt inlägg »Kompetenscenter för bättre hörsel« (14/2002, sidan 1616).

Vad vi menar med »virtuellt«

Formuleringen virtuellt kompetenscenter har misstolkats av Mats Ulfendahl. Enligt Nationalencyklopedin är »virtuellt« något »som kan ge verkan«, och vi avser självfallet inte en byggnad/institution utan ett tvärvetenskapligt kluster som, trots olika geografisk lokalisering, genom samarbete på universitetsnivå fungerar som ett virtuellt center.

Utvecklingsarbetet har praktiskt hanterats inom Centrum för kommunikationsvetenskap (CKV), senare Svensk hörsamverkan. Man har där kunnat formulera ett multidisciplinärt åtgärdsprogram i vilket ingår bl a teknologiplatt-

formar (kliniskt fysiologiska, tekniska, lingvistiska, socialmedicinska), vilket internationellt bedömts som ett pionjärprojekt.

Beträffande den kritiska massa som Mats Ulfendahl anser bör skapas har en sådan faktiskt redan presterats genom vårt utvecklingsarbete 1996–2002. Då det ej synes möjligt att nå längre med hittills använda strategier har man nått en kritisk punkt för att finna engagemang på relevant universitetsnivå.

Vi föreslår dock inga »diffusa organisationer« för att realisera planerna utan detta kan ske t ex tillsammans med »katalysatororgan« som Interactive Institute (skapat på initiativ av Stiftelsen för strategisk forskning) och Institutet för studier av utbildning och forskning (SISTER), båda i Stockholm.

Därigenom kan såväl innovationer

som utbildnings- och forskningsprogram organiseras i ett sammanhang och i ett internationellt perspektiv. Kunskapsrollen kan därvid motverka sektorisering utgående från enskilda akademiska discipliner.

Målsättning

Målsättningen för det föreslagna kompetenscentrumet är inte »traditionell forskning« utan en ny typ av skapande där man genom att föra samman olika discipliner förväntar sig att få »få fram mycket bättre produktidéer än man får när man jobbar direkt mot högskoleinstitutionerna« (Berndt Ericson, forskningsdirektör på Ericsson, intervjuad i Svenska Dagbladet, 2 februari 2000).

Biologisk behandling

Vårt förslag, delvis känt på ledande universitetsnivå, innebär ytterligare ett nöd-

vändigt systemskifte inom det aktuella området avseende såväl utvecklings- som utbildningsverksamhet: efter antibiotika och kokleaimplantat mot *biologisk behandling* av hörselnedsättning (reduktion av målgruppen).

Detta har – inte oväntat – hos många aktörer orsakat osäkerhet och känslor av främlingskap och vi-dom, där enligt samma erfarenhet i regel budbärarna blir måltavla för denna oro, utan att något reellt alternativ redovisas.

Tore Lundborg

professor, f d klinikchef, Södersjukhuset,

Per Hägermalm

direktör, Synfrämjandets forskningsfond

Stig Åhs

f d landstingsman, Stockholm

Replik:

Samarbete sker bäst i verkliga centra

II Nej, jag har inte missförstått Tore Lundborg med flera avseende deras förslag om ett virtuellt kompetenscentrum. Tvärtom vad de föreslår anser jag inte att ett geografiskt utspritt »kluster« eller ett »virtuellt center« är ett mål att sträva efter. I min encyklopedi förklaras också »virtuell« med »skenbar«, motsatsen till reell eller verklig.

Diffusa »teknologiplattformar«

Också de s k teknologiplattformar som Lundborg och medförfattare talar om framstår som diffusa företeelser utan någon verklig förankring bland aktiva forskare, åtminstone inom det biomedicinska fältet. För att nå resultat krävs inte i första hand insatser från »katalysatororgan«, utan att vi som är aktiva inom området inser värdet av att samarbeta och samverka. Personligen anser jag att detta bäst sker i form av verkliga centra, där ett reellt arbete utförs, och inte i form av administrativa överbyggnader.

Multidisciplinär forskning och utbildning

De tankar som Lundborg och medförfattare framför rörande multidisciplinära åtgärder och utbildningsprogram delar jag däremot helt. Vi inser alla att det har ett mervärde att sammanföra olika discipliner, något som en geografisk spridning och även dagens modell för anslagsfinansiering inte direkt underlättar.

Viktigt initiativ

På detta område har dock redan tagits ett betydelsefullt initiativ. Som sista åtgärd

innan Svensk Hörsamverkan upphörde, samlade man i april i år forskare från ett flertal discipliner till ett gemensamt seminarium i Örebro. Här deltog öronläkare och audiologer, tekniker, psykologer och samhällsvetare.

Vi som deltog i Örebro-mötet insåg alla hur mycket vi har att lära av varandra. Mötet utmynnade i konkreta planer på att gå vidare med multidisciplinära program, inom såväl forskning som utbildning.

Mats Ulfendahl

*föreståndare, Centrum för hörsel- och kommunikationsforskning, Karolinska sjukhuset
mats.ulfendahl@cjh.ki.se*

Mätning av blodflödes hastigheter i hjärnan – några synpunkter

II Jag läste med intresse Costas Constantoyannis' och Harry Kourtopoulos' översiktsartikel, »Transkraniell doppler inom neurokirurgin. Skonsam metod för diagnostik av vasospasm och subaraknoidal blödning«, Läkartidningen 15/2002 (sidorna 1686-90).

Några synpunkter

På basis av erfarenheter av olika flödesförändringar vid cerebrovasculära sjukdomar tillåter jag mig några synpunkter, som inte är överdrivet kritiska, men skrivna ur diskussionssynvinkel:

1. Varifrån är normalvärdena för blodflödes hastighet i rutan Fakta 2 deriverade? De är angivna som intervallvärden, men för den statistiska jämförelsen är det viktigt att känna till medelvärden och standardavvikelser (SD). Medelflödes hastigheter (MV) är åldersrelaterade; patienter äldre än 50 år uppvisar lägre hastigheter än unga individer. MV i arteria cerebri anterior (ACA) visar hos normala individer större spridning, dvs större SD, än i arteria cerebri media (MCA) och arteria cerebri posterior (PCA). Detta beror på att vinkeln mellan dopplerstrålen och kärlets axis visar större variation på grund av ACAs mera varierande anatomiska förlopp. Normala värden hos svenska patienter, medelålder 63±7 år, kontrollerade med angiografi, var i MCA 56,25±8,90 cm/s och i ACA 52,70±18,67 cm/s [1].

Cerebral infarkt

2. Författarna anger att vissa patienter med normala värden kan utveckla cerebral infarkt. Enligt mina erfarenheter av transkraniell doppler (TCD) vid cerebrovasculära sjukdomar, inklusive subaraknoidalblödning, är det viktigt att alltid ha det första registrerade värdet som referens och att utesluta höggradiga extrakraniella stenoser >75 procent och ocklusioner, som kan orsaka sänkning av blodflödes hastigheter [1, 2] tydande på asymtomatisk hypoperfusion, redan innan subaraknoidalblödning inträffar. En sådan patient har sedan till synes normala värden, men ändå kan en mätlig vasospasmus finnas, som kan öka latent ischemi och leda till bestående ischemisk skada (hjärninfarkt).

3. Angående hemisfärindex kan noteras att Lindegaards förslag att använda extrakraniell mätning av hastigheter i ar-