

# behöver Cochrane

terade forskare inom evidensbaserad medicin. Det är därför inte troligt att detta är det enda fall där resultatet skiljer sig mellan »vanliga« översikter och sådana som baseras på omanalys av alla data från alla studier. Detta bör revolutionera vår syn på hur vi utvärderar evidens och hur vi skriver riktlinjer. Vilka systematiska översikter och, i förlängningen, vilka riktlinjer kan vi lita på?

**Att utföra systematiska** översikter på ett adekvat sätt är kostsamt och tidsödande, kräver forskare med hög kompetens och frånvaro av ekonomiska intressen. Cochrane är en av få aktörer med en sådan potential. Man är världsledande inom metodologisk forskning och i framkant på det viktiga området att öka åtkomsten till publicerade data. Det nordiska Cochrane-centrumet var först med att (efter en lång process) få tillgång till publicerade

data från den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA [10].

Cochrane finns i Norge, Danmark och Finland och bidrar där med viktig kunskap i framtagandet av nationella riktlinjer. I Sverige finns inget Cochrane-centrum, trots att Socialstyrelsen var en viktig finansiär när organisationen grundades 1992 [11]. Dessutom har den svenska licensen för allmän åtkomst till Cochranebiblioteket nyligen sagts upp.

**Vi kan inte förvänta** oss att kunskapen och resurserna för adekvat utvärdering av varje intervention ska finnas i Sverige. Men förståelsen för att vi ofta inte kan lita på tillgänglig evidens måste öka. Det sätt på vilket vi i dag utför de systematiska översikter som ligger till grund för våra riktlinjer riskerar att gå läkemedelsföretagens ärenden. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## långvarig smärta

Modern smärtrehabilitering bör alltså innefatta insatser för psykisk ohälsa och stress.

**De nationella** indikationerna för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta understryker detta [10]. Multimodal rehabilitering ska inte enbart fokusera på den somatiska smärtan utan även inbegripa psykologiska, pedagogiska och fysiska insatser och ska därför utöver medicinsk behandling även kunna erbjuda smärthantering, fysisk aktivitet, socialt stöd och KBT för sömnstörning, depression och ångestsyndrom.

KBT tar i regel tre till fyra månader vid avgränsade psykiska besvär, eftersom patienten måste göra omfattande beteendeförändringar. Ett smärtförlopp som är kortare än så

bör rimligtvis inte ge särskilt goda möjligheter till KBT när man samtidigt behandlar smärtan och annan samsjuklighet. Beteendeförändring tar tid. Eftersom patienter med utmattningssyndrom behöver minst sex månaders rehabilitering är det rimligt att anta att även patienter med långvarig smärta behöver det, särskilt med hänsyn till att smärtpatienter rapporterar lika mycket symtom på utmattning.

**Om multimedial** rehabilitering ska kunna behandla långvarig smärta tillsammans med psykisk samsjuklighet bör smärtrehabiliteringsförloppen förlängas. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## APROPÅ!

# Rektalpalpation och evidens

► Tre gånger sökte en patient med buksmärta vård vid den lokala akutmottagningen. Patienten träffade varje gång en ny läkare, och det skulle till slut visa sig att patienten hade en brusten blindtarm. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) väljer att kritisera vårdgivaren för att ha »brustit



**Ardavan Khoshnood**, ST-läkare, akutsjukvård  
● ardavan.khoshnood@med.lu.se



**Ulf Ekelund**, docent, överläkare; båda akutkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

**»Rutinmässig rektalpalpation vid akut buk, inklusive misstänkt blindtarmsinflammation, har dock inget visat värde.«**

i sitt ansvar att leda, planera och kontrollera verksamheten«. Bland annat hänvisar IVO till att de tre läkarna misstog att göra rektalpalpation, som är ett väsentligt moment i undersökningen av »akut smärta i nedre del av buken« [1].

I nuvarande kunskapsläge har IVO fel. I vår litteraturgenomgång i Läkartidningen

*IVO har fel om kunskapsläget gällande rektalpalpation vid akut buksmärta, anser författarna och hänvisar till sin litteraturgenomgång i LT 3-4/2014.*



Foto: Colourbox

3-4/2014 [2] kunde vi visa att det saknas evidens för att utföra rektalpalpation vid akut buk, inte minst vid misstanke om blindtarmsinflammation. Flera enskilda studier [3-7] kom till samma slutsats. I vår genomgång framkom också att rektalpalpation mycket väl kan leda till fel diagnos.

I en nyligen publicerad metaanalys [8] om rektalpalpation vid akut blindtarmsinflammation konkluderar författarna att rektalpalpation har ett lågt diagnostiskt värde och att den inte ändrar läkarens handläggning.

**Som vi tidigare påpekat** [2, 9] är rektalpalpation rimligen

av stort värde vid en hel del specifika tillstånd, till exempel prostatabesvär, gastrointestinal blödning, anala besvär och större trauma. Rutinmässig rektalpalpation vid akut buk, inklusive misstänkt blindtarmsinflammation, har dock inget visat värde och tillräckligt evidens presenteras rekommenderar vi att den enbart utförs på riktad misstanke. ○

● IVO har erbjudits möjlighet att replikera, men har valt att avstå från att kommentera då artikeln berör ett enskilt ärende.

**Läs mer!** Fullständig referenslista finns på Läkartidningen.se