

nan elkonvertering genomförs elektivt.

Transesofageal ekokardiografi

Carl-Johan Sandvik nämner också möjligheten att i denna typ av fall genomföra transesofageal ekokardiografi för att bedöma närvaro av förmakstromber. En del preliminära studier har visat att om man har normala fynd vid transesofageal ekokardiografi under pågående heparinbehandling kan man genomföra elkonvertering utan föregående kronisk anti-koagulantabehandling. Det finns dock några fall beskrivna där även i denna situation tromboembolier uppkommit, och vi avvaktar för närvarande resultatet av stora prospektiva undersökningar innan definitiva rekommendationer kan ges. Även med denna strategi rekommenderar man dock warfarin/AP 4 veckor efter elkonvertering.

Även om sinusrytm erhålls vid elkonvertering återkommer förmakskontraktiliteten betydligt långsammare, under loppet av flera dagar. Detta kan innebära en ökad risk för förmaksemboli.

Slutsatser:

Det finns inget som idag talar för att regularisering av förmaksflimmer med antiarytmika skulle vara mindre riskfylld än med likströmschock.

Transesofageal ekokardiografi för att bedöma risken för trombemboli i samband med regularisering av förmaksflimmer är lövande, men det saknas ännu tillräckligt goda kliniska studier för att definitivt införa denna praxis i rutinen.

Vid osäkerhet om durationen av förmaksflimmer bör man alltid inleda antikoagulantamedicinering och genomföra elkonvertering elektivt så vitt patientens kliniska situation inte kräver omedelbar elkonvertering.

För aktuell översikt se Prytowsky EN, Benson DW, Fuster V et al. Management of atrial fibrillation. *Circulation* 1996; 93: 1262-77.

Mårten Rosenqvist
docent, överläkare,

Viveka Frykman
leg läkare,
kardiologiska kliniken,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

Läkartidningens författar-
anvisningar publicerades
senast i nr 42/96. De
kan även beställas från
sekretariatet.

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

Dyspepsivård- program ovetenskapliga

I Läkartidningen 44/96 liksom i Nordisk Medicin 8/96 och i utskick till alla allmänläkare redovisas ett »primärvårdsinriktat» vårdprogram för dyspepsi, presenterat vid Wonca i juli i år i Stockholm. Liknande »vårdprogram» torgförs även av andra i form av utbildningspaket för allmänläkare.

Det grundläggande beskedet i »vårdprogrammet» är att vissa »dysmotilitetslika» dyspeptiska symtom skulle motsvara motorikfel, och vissa »ulkuslika» magsår. Det vetenskapliga underlaget för detta är mycket bräckligt, en nästan enig litteratur talar emot att modellen är vetenskapligt försvarbar [1].

I år har British Society of Gastroenterology givit ut »Dyspepsia management guidelines» där konceptet avvisas [2]. Lokaliserad buksmärt, kardinalsymtom för »ulkuslik» smärta i vårdprogrammen, har nyligen visats ha sensitivitet respektive positivt prediktivt värde på 13 respektive 14 procent för magsår [3]. De med »ulkuslik» dyspepsi som inget magsår har utvecklar heller inget senare [4]. Det finns alltså inget dokumenterat underlag för, förutom rent lingvistiska, varför man för dessa skulle satsa på »syrahästen».

Patienten utsätts för ett lotteri

Det framgår således inte av dessa vårdprogram att man utsätter patienten för ett lotteri, där vid provbehandling endast

apoteken och läkemedelsindustrin är säkra vinnare.

Vidare är hanteringen av Helicobacter testning en betydligt knepigare fråga än vad som framgår av schemat. Serologiska kit är ett tveksamt alternativ vid en Helicobacter pylori-prevalens som i Sverige [5].

Den uppmärksamme noterar kanske att undertecknad satt på podiet på IGPCGs (International Gastro Primary Care Group) Wonca-föreläsning som inbjuden gästföreläsare och därmed nu synes kasta sten i glashus. Av detta har åtminstone jag lärt mig att man från början måste vara noga med att man gillar själva resmålet, även om såväl resebyrå som resällskapet är aldrig så trevliga. Man kan till och med ovetandes hamna i en reklam-broschyr för ändamålet!

IGPCG är inte på något sätt en förening med officiell prägel. Dit söker man inte, utan (hittills?) har man utsetts av ett läkemedelsföretag.

En internationell intresseförening av vanligt akademiskt snitt dit allmänläkare och även andra specialister med intresse för gastroenterologi i primärvården kan ansöka om medlemskap har emellertid bildats. Den heter European Society of Primary Care Gastroenterology (ESPCG) med professor Roger Jones, London, som ordförande. Intresseanmälan i Sverige kan göras till undertecknad, per fax 00961-47-242614.

Svensk intresseförening finns också

En inofficiell (ännu så länge!) svensk intresseförening för primärvårdsgastroenterologi, »Gastroprima», finns sedan några år. Intresse-

rade kan höra av sig till Johan Brun, Södra Hälsocentralen, Hudiksvall, fax 0650-966 78.

Lars Agréus

tjänstledig vårdcentrals-
chef, Öregrund, med dr,
gästforskare, University of
Sydney, Australien

Referenser

1. Järhult J. Hejda medicinering utan föregående diagnos! Agréus L. Dyspepsi – duger anamnesen? *Läkartidningen* 1996; 93: 2518-23.
2. The British Society of Gastroenterology: Dyspepsia management guidelines. In: BSG guidelines in gastroenterology. The Clinical services and standard committee. London: British Society of Gastroenterology, 1996.
3. Kang J, Ho K, Yeoh K, Guan R. Chronic upper abdominal pain due to duodenal ulcer and other structural and functional causes: its localization and nocturnal occurrence. *J Gastroenterol Hepatol* 1996; 11: 515-19.
4. Lindell GH, Celebioglu F, Graffner HO. Non-ulcer dyspepsia in the long-term perspective. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995; 7: 829-33.
5. Loy CT, Irwig LM, Katelaris PH, Talley NJ. Do commercial serological kits for Helicobacter pylori infection differ in accuracy? A meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1138-44.

Replik:

Tänkt som stöd

IGPCGs handläggnings-schema är inte den akademiska forskningens slutrapport för dyspepsi utan ett av gastroenterologiskt intresserade primärvårdsläkare framtaget hjälpmedel och är tänkt som ett stöd vid omhändertagande av patienter med besvär av dyspeptisk natur. Om den vetenskapliga världen hade varit överens hade schemat varit onödigt. Som det uttrycks i slutet av artikeln får vi i primärvården ofta ta vid och finna egna praktiska utrednings- och behandlingsregimer i avvaktan på konklusiva vetenskapliga studier. Med tanke på att nästan hälften av alla människor i västvärlden kan uppleva dyspeptiska besvär [1] och vi i december 1996 ännu inte lyckats genomföra dessa studier står vi tydligen inför betydande svårigheter.

Vad gäller det prediktiva värdet av symtomet »ulkusliknande smärta» är det helt riktigt att det är lågt. Det är ju där-

för som IGPCGs schema följer Läkemedelsverkets och många andra länders rekommendation att erbjuda eradikationsbehandling till patienter med ett symptomrecidiv och tidigare verifierad ulkussjukdom, men att utreda alla andra H pylori-positiva dyspeptiker med endoskopi, oavsett om de hade ulkuslik smärta eller mera ospecifika symptom.

Val av screeningmetod i primärvården kan diskuteras. Lars Engstrand på avdelningen för klinisk mikrobiologi i Uppsala har tillsammans med medarbetare nyligen presenterat sina resultat, som visar förvänsbart hög sensibilitet för ett snabbtest [2], men fortfarande behöver dessa valideras ute i primärvården, vilket idag sker. I avvaktan på resultat rekommenderar vi laboratoriebaserade serologiska test.

Sammanställning av många studier

Underlag för behandlingsrekommendationer vid lokaliserad epigastrisk smärta och mer diffusa sk dysmotilitetsliknande besvär, men utan samtidig ulkussjukdom, kommer från sammanställningar av bl a Nicholas Talley [3] och från Talley tillsammans med bl a van Zanten, Tytgat och Nyren i deras systematiska analys av alla studier inom området mellan 1971 och 1993 [4].

I den senare sammanfattar man nuvarande kunskap med att det är tyvärr svårt idag att otvetydigt rekommendera en effektiv behandlingsregim för funktionell dyspepsi, inte för att den ej finns, utan för att hittills genomförda studier har varit för dåligt upplagda och genomförda för att kunna visa vad som är effektivt.

IGPCG – en arbetsgrupp

IGPCG (International Gastro Primary Care Group) är som det står i artikeln en arbetsgrupp bestående av primärvårdsdoktorer från nio länder. När gruppen presenterade arbetet på Wonca juni 1996 blev intresset för gruppens verksamhet mycket stort varför vi kommer att skapa en medlemsförening inför vårt fortsatta arbete. Gruppen har även öppnat en »hemsida» på Internet för att öka möjligheterna till diskussion med magintresserade kolleger runt om i världen [5].

Arbetet har kunnat genomföras tack vare ekonomiskt stöd från läkemedelsföretaget Janssen Cilag på samma sätt som professor Roger Jones'

ESPCG (European Society for Primary Care Gastroenterology) har ett annat läkemedelsföretag som huvudsponsor för att kunna genomföra möten och fortsatt arbete.

Lars Agréus och min nyligen startade »Gastroprima» har ännu ingen koppling till något företag, men vi tror inte att gruppen kan genomföra fortsatt arbete utan ekonomisk hjälp. Förslag till alternativa lösningar mottas med tacksamhet.

Johan Brun
distriktsläkare,
Södra Hälsocentralen,
Hudiksvall,
Svensk representant i
IGPCG

Referenser

1. Jones R, Lydeard SE, Hobbs FD, Kenkre JE, Williams EI, Jones SJ et al. Dyspepsia in England and Scotland. Gut 1990; 31: 401-5.
2. Enroth H, Hultén K, Engstrand L. BM-test Helicobacter pylori for whole-blood samples: An easy and rapid detection method for H pylori infection. Gut 1996; 39 suppl 2: Abstract A112.
3. Holtman G, Talley N. Functional dyspepsia—current treatment recommendations. Drugs 1993; 45(6): 918-30.
4. Sanders JO, Veldhuyzen van Zanten CC, Talley NJ, Peterson TC, Nyren O, Bradly LA et al. Drug treatment of functional dyspepsia: A systematic analysis of trial methodology with recommendations for design of future trials. Am J Gastroenterol 1996; 91(4): 660-73.
5. <http://www.gicare.org>

Ambulanssjukvård = kvalitet?

Kvaliteten inom ambulanssjukvården ifrågasätts av Kenneth Karlsson, leg sjuksköterska (vårdhögskolan Lund–Helsingborg), som gjort ett examensarbete på 10 poäng. Det påstås bl a att ambulanssjukvårdare utan sjuksköterskelegitimation avstår från att göra medicinska livräddande insatser på grund av rädsla att göra fel, ambulanssjukvårdare har inte tillräckliga kunskaper. Detta tycks vara en partsinlag för dem som strävar efter att ha sjuksköterskor i ambulans-

verksamheten.

De senaste åren har SHSTF och Socialstyrelsen försökt radera ut en yrkesgrupp för att kunna utvidga sina egna domäner.

1977 började jag min anställning på ambulansstationen i Umeå. Då hade jag en 7 veckors ambulansförarutbildning, vilket naturligtvis var för lite. Det innebar också att patienterna »vårdades med gaspedalen». Att utföra ett sådant arbete innebar risker inte bara för patienten, utan även för personalen. Tillsammans med vår tillsynsläkare, som tillsattes i slutet på 70-talet, började vi utreda hur vi skulle omhänderta patienterna. Det ledde till utbildningsinsatser som pågått sedan dess, dvs i snart 20 år.

Speciell ambulansutbildning önskas

Nu efterlyser jag en speciell ambulansutbildning som ger legitimation, oavsett tidigare bakgrund. Det kan inte vara vettigt att jag måste gå en treårig utbildning till sjuksköterska, en utbildning som inte innehåller nämnvärt mycket akut-sjukvård, för att kunna vara slagkraftig i jobbet.

Skall de som gått den tvååriga sjuksköterskeutbildningen (majoritet i Sverige) gå ett år till? Är det ekonomiskt försvarbart? Borde det inte finnas ett annat sätt att få en legitimation när man har 7 veckors ambulansutbildning + undersköterskeutbildning + 10 eller 20 veckors påbyggnadsutbildning i ambulanssjukvård + katastrofmedicin och 20 års ambulanserfarenhet? Och när man dessutom genom delegeringar (som är tidsbegränsade till ett år) får utföra medicinskt avancerade åtgärder, t ex ge infusion, smärtlindring, defibrillering, intubation, adrenalin och atropin, tribonat vid hjärtstopp, kunna behandla astmatiker, diabetiker, lungödem etc med läkemedel.

Mycket skiftande arbetsuppgifter

Ambulansyrket är ett yrke som tar lång tid att lära på grund av mycket skiftande arbetsuppgifter; framför allt finns det inte någon bra utbildning vid nyrekrytering. I en studie gjord i Skåne 1988 (Transportmedicin nr 5 1988) visade det sig att den bästa ambulanssjukvården fick man ge-

nom att vidareutbilda befintlig personal. När man då säger att vi skall höja kompetensen och kvaliteten i ambulanssjukvården genom att anställa legitimerade sjuksköterskor som skall ta hand om akuta uppdrag börjar man i fel ände.

Under årens lopp har vi inte stött på några problem med läkarkåren, vilket är ganska konstigt om det vore så bedrövtligt med våra kunskaper. Tvärtom har vi ett bra samarbete där vi får hjälp vid utbildningsinsatser. På vår station har vi ca 120 medicine kandidater från termin 8 varje år som åker med ett pass för att se vår arbetssituation på fältet. Det borde alla läkarstuderande i hela Sverige göra.

Det finns en oerhörd kunskap, ett engagemang och en vilja hos de flesta ambulanssjukvårdare i dag. Fortsatt att engagera er och hjälpa oss vid utbildning, det är ju era patienter vi hämtar!

Ronny Friberg
ambulanssjukvårdare,
Umeå

Felaktig diagnosregistrering – Misstolkning får stå för läsaren

Som Bernd Ritter, Anders Stjerna och Per Ericsson mycket riktigt anger i tredje paragrafen om fällorna (Läkartidningen 50/96: »Rapport från uthängt sjukhus. Socialstyrelsens misstag får inte upprepas!») är dessa medtagna i Socialstyrelsens rapport. Varken berörda kolleger eller medier tycks ha läst bruksanvisningen och kommentarerna till rapporterna.

Misstaget är att man har tolkat resultaten som uttryck för vården på hjärtinfarktavdelningarna. Det framgår helt klart att detta inte är fallet, och misstolkningen får stå för den som läser.

Diagnosvaliditeten är en av flera kvalitetsindikatorer, och om de berörda kraftfullt hade reagerat genast när man fått kännedom om sina egna data hade många av de misstag som Socialstyrelsen nu bekräftar för kunnat undvikas.

Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen