

Mer angeläget förbättra logistiken i engelsk hjärtsjukvård än lägga beslut om trombolys på ambulanspersonal

■ Tidens betydelse vad gäller trombolytisk behandling vid akut hjärtinfarkt är väl känd. Mortalitetstvinsten på upp till 50 procent finns rapporterade om behandlingen kan inledas första timmen efter symtomdebuten («the golden hour»). Att inleda behandling med trombolys inom en timme från smärtdebut är möjligt i stort sett bara om man använder sig av en prehospital organisation (före ankomst till sjukhus).

I denna engelska »hypotesstudie« skapades en teoretisk jämförande modell, där ambulanssjukvårdarens möjlighet att administrera trombolys (s k prehospital trombolys) vid akut hjärtinfarkt ställdes mot sjukhusbehandling. Behandlingen kunde erbjudas till 22 procent av patienterna med akut hjärtinfarkt inom en timme från symtomdebut (jämfört med endast 3 procent för sjukhus-trombolys). Under ett år studerade man de teoretiska möjligheterna till rätt diagnos och tidsaspekter på diagnos/behandling osv. Ambulanssjukvårdarna (paramedics) kopplade och analyserade själva EKG. Som gyllene standard användes sjukhusläkarens senare beslut och diagnoser. Bland de 660 aktuella fallen under ett år var ambulanssjukvårdarens sensitivitet (»hittade sjuka bland de sjuka») 71 procent (84/118) och specificiteten (»friska bland de friska») 97

I England har man uppenbara problem med tekniken vid EKG-överföring från ambulans till sjukhus, vilket inte känns igen i den svenska modellen.

procent. Detta ska jämföras med läkarnas högre sensitivitet på 90 procent (71 vs 90 procent, $P=0,001$). Ambulanssjukvårdarens specificitet var 97 procent, att jämföra med sjukhusläkarens 94 procent ($P=0,001$). Om prehospital trombolys skulle ha startats beräknade man att uppnå en tidsbesparing på ca 48 minuter jämfört med om behandling skulle inletts på sjukhus.

I England har man uppenbara problem med tekniken vid EKG-överföring från ambulans till sjukhus. Av den an-

ledningen önskar man, i likhet med det holländska systemet, att ambulanssjukvårdarna själva ska ställa diagnos och initiera behandling. Ovan beskrivna studie kan bekräfta tidsvinster med en dylik behandlingsmetod, möjligen på bekostnad av »missade patienter«. Tidsstudier av detta slag är förvisso intressanta och nödvändiga men bör bekräftas med studier av verkligheten.

Den engelska studien snarast bekräftar att den svenska modellen, med läkarbeslut i varje enskilt fall av prehospital trombolys, tills vidare är att rekommendera. Tekniska problem med IT-/telefonöverföring av EKG från patient/ambulans känns inte igen i en svensk tappning. Därför är det både logiskt och mer angeläget för den engelska hjärtsjukvården att arbeta med logistiken vad gäller teknik och EKG-överföring än att lägga beslut om behandlingsstart på ambulanssjukvårdare.

Leif Svensson

leif.svensson@medklin.sos.sll.se

Keeling P, et al.

Safety and feasibility of prehospital thrombolysis carried out by paramedics. BMJ 2003;327:27-8

Evidensbaserad depressionsbehandling bäst – även för fattiga

■ I USA löper individer tillhörande etniska minoriteter större risk än »vita« att inte få adekvat behandling för depression. Delvis beror detta på dåligt försäkringsskydd, men andra orsaker kan också bidra. Amerikanska psykiaterförbundets (APA) evidensbaserade riktlinjer för behandling av depression baseras på ett empiriskt material av sammanlagt 3 860 patienter. Av dessa tillhörde endast ett fåtal lägre socialgrupper, och bara 27 var av afro- eller latinamerikansk etnicitet. Detta kan ha bidragit till amerikanska klinikers osäkerhet om värdet av depressionsbehandling i dessa befolkningsgrupper.

Miranda och medarbetare har undersökt denna frågeställning. De genomförde en depressionsscreening av 16 286 mindre bemedlade yngre kvinnor tillhörande minoritetsgrupper i förorter till Washington DC. Dessa nåddes via olika

sociala program. Diagnosen egentlig depression fastställdes med en strukturerad intervju. Depressionsprevalensen var 6–8 procent i de ingående etniska grupperna. Efter exklusion av missbrukare och gravida samt av dem som inte lämnade sitt medgivande randomiserades 267 kvinnor till antingen en av två evidensbaserade behandlingsarmar eller en tredje, som utgjorde referensbehandling: 1. Antidepressiv medicin, paroxetin (Seroxat) 10–50 mg, med möjlighet att vid behov byta till bupropion (Wellbutrin, Zyban). 2. Kognitiv beteendeterapi (KBT) en gång per vecka i åtta veckor och vid behov i ytterligare åtta veckor. 3. Remiss till »community mental health service«.

Studien visade att både antidepressiv farmakoterapi och KBT hade signifikant bättre effekt än referensbehandlingen på de depressiva symtomen, antidepressiva

även på social och »yrkesmässig« (instrumental) funktionsnivå och KBT även på social (men inte »yrkesmässig«) funktionsnivå.

Författarna konkluderar att evidensbaserad depressionsbehandling är effektiv även för fattiga kvinnor tillhörande etniska minoriteter, och antidepressiva i högre grad än KBT. Det finns således mycket att vinna i form av minskat lidande och höjd funktionsnivå om även dessa tillförsäkras evidensbaserad depressionsbehandling.

Göran Isacson

Goran.B.Isacson@slp.sll.se

Miranda J, et al. Treating depression in predominantly low-income young minority women: a randomized controlled trial. JAMA 2003;290:57-65.