

gastroskopi skulle vara att utsluta malignitet. Liknande rekommendationer finns i Läke-medelsboken [2], där man till och med har åldern 45 år.

Med de nya behandlingsrekommendationerna mot *H pylori* ställer man sig frågan om även de under 40–45 år skall gastroskoperas, då ju ulcus inte är en ovanlig sjukdom i dessa åldrar. Man kan ju, enligt punkt 3. ovan, inte kliniskt säkert särskilja mellan dyspepsi och ulcus. Å andra sidan kan man ju inte heller gastroskopera alla som söker primärvården för dyspepsi – eller kan man det? Vad säger Sveriges gastroscopister? Skall tidigare rekommendationer ändras?

Hans Laestander
AT-läkare,
Vårgårda

Litteratur

1. Information från Läke-medelsverket nr 1/96, sid 23ff.
2. Läke-medelsboken 95-96, Stockholm: Apoteksbolaget sid 44ff.

Kommentar:

Graden av allvar får avgöra

Hans Laestander tar upp ett mycket aktuellt och brännande problem, som sjukhusspecialisten egentligen inte är den bäste att besvara, nämligen hur man ska göra med den mångfald patienter som söker inom primärvården för funktionell dyspepsi och som är under 40–50 år.

Tillkomsten av nya data angående *Helicobacter pylori* har ju egentligen inte ändrat denna problematik. Även tidigare fanns det ju inom sjukhusvården krafter som gjorde gällande att man ej skulle tillåta sig diagnosfri behandling av sådana patienter med dyrbara saltsyrehämmande läkemedel, t ex protonpumpshämmare. På samma sätt är det ju med *Helicobacter pylori*-behandlingen, som är av tveksamt värde hos patienter med dyspepsi.

Skall då alla patienter under 40 år med dyspepsi utredas med gastroskopi? Ja, detta är en svår fråga. Det finns gastroenterologer som anser att behandlingen blir säkrare och bättre för denna patientgrupp om man genomför en gastroskopi och sedan har mera fast mark att stå på. Ändå måste det väl bli en fråga för det goda

omdömet hos respektive primärvårdsläkare att avgöra graden av allvar av symtomatologin. Vi kan tänka oss att man vidgar indikationerna för gastroskopi i fall där patienterna har rejäla bekymmer, behöver vara sjukskrivna, har krav på dyrbara mediciner som vi vet är av tveksamt värde i en majoritet av patientgruppen.

Sven Gustavsson
docent, överläkare,
kirurgiska kliniken,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala
Björn Beermann
professor,
Läkemedelsverket

Terapival vid *H pylori* – Vilka källor har använts?

I Informationsblad från Läke-medelsverket 1:96 refereras ett arbetsmöte om behandling av *Helicobacter pylori*-infektioner. I avsnittet om bakgrundsinformation har Magnus Ström och Peter Unge gjort en sammanställning av behandlingsstudier, dvs en form av metaanalys. I artikeln finns ingen hänvisning till hur man sökt fram studierna, dvs vilka källor man har haft, utan enbart inklusionskriterier.

Vi känner alla till publiceringsbias, dvs att studier som inte visat några signifikanta resultat har svårt att bli publicerade. I denna typ av studier finns sannolikt ett stort intresse från sponsorerarna att inte publicera studier med negativa resultat. Det framgår inte heller säkert vilka studier som ingått i värderingen. Häpnadsväckande nog finns även vismutberedningar med bland rekommenderade preparat!

Då denna information har stor spridning och stor genomslagskraft när det gäller att påverka terapivalet i landet är det viktigt att man noggrant redovisar bakgrunderna för sina rekommendationer och att man inte ger sig på att rekommendera preparat som inte är tillgängliga på marknaden.

Staffan Gyllerup
med dr, distriktsläkare,
Helsingborg

Replik:

Risken för publikationsbias liten

Den sammanställning av behandlingsstudier om *Helicobacter pylori* som presenterades i Läke-medelsverkets informationsblad 1:96 är en poolad analys [1]. Totalt 369 artiklar granskades och 165 uppfyllde kriterierna. I första hand valdes rapporter publicerade som »abstract» eller artiklar under 1985–februari 1995 och som finns tillgängliga på Medline. Därtill har sökning för hand gjorts av European Study Group annual meeting sedan 1988, American Gastroenterology Association annual meeting sedan 1988, European Digestive Disease Week sedan 1992 samt delar av British Society of Gastroenterology meetings.

Inklusionskriterierna var följande: definierat protokoll, tydligt angiven terapeutisk regimen, angivet antal inkluderade och botade patienter samt beskriven metod för detektering av *H pylori*; serologi enbart accepterades ej.

Det stora antal variationer på läkemedelskombinationer, dosering, tempo och behandlingstidens längd gjorde att materialet grupperades med hänsyn tagen till ingående läkemedelstyp eller om möjligt specifikt läkemedel.

Alla inkluderade patienter evaluerades. Alla ej uppföljda patienter (förutom de som var *H pylori*-negativa före behandling) räknades som ej botade (worst case analysis). Definition på lyckad behandling var negativt *H pylori*-status minst fyra veckor efter avslutad behandling.

Risken för publikationsbias bedöms som liten, då även sammanfattningar är inkluderade och möjligheten att få rapporter accepterade har varit stor.

Peter Unge
med dr,
medicinska kliniken,
Sandvikens sjukhus

Litteratur

1. Unge P. Review of anti-*Helicobacter pylori* treatment regimens. Scand J Gastroenterol. In press.

Kommentar:

Stora studier opublicerade

Läkemedelsverket godkänner mycket ofta läkemedel på basen av dokumentation som inte är publicerad vid godkännandetillfället. Vid genomförandet av arbetsmötet om behandling av *Helicobacter pylori*-infektioner var situationen analog. Det förelåg stora opublicerade studier avseende de aktuella kombinationsbehandlingarna. Dessa studier låg till grund för rekommendationerna och kommer i sinom tid att bli tillgängliga. Baserandet av godkännandena och rekommendationerna på en icke-publicerad dokumentation är naturligtvis en nackdel, men jag hoppas att Hälso- och sjukvården har förtroende för Läke-medelsverket och de medverkande experterna vid våra arbetsmöten.

Inte felaktigt informera

Vad gäller vismutberedningar finns inga godkända preparat i Sverige, men det kan för den sakens skull inte anses felaktigt att informera om vilka terapistrategier som för dagen är mest framgångsrika. Dessutom kan man förskriva vismutberedningar ex tempore.

Björn Beermann
professor,
Läkemedelsverket,
Uppsala

Se upp för skrämmande rykten om datorvirus!

I Läkartidningen 10/96 beskrivs hur datorvirus nu även kan spridas via textdokument (eller egentligen mallar som maskerats till textfiler). Som egenföretagande »antiviruskonsult» skulle jag vilja lägga till några viktiga kommentarer som gäller alla PC-användare.

1. Skaffa en bra antivirus-scanner (inte för gammal) samt en sk integritets checker. Den senare för att kunna hitta okända virus samt filskada som beror på annat än virus (strömavbrott, hårdvarukonflikt, mjukvarubuggar etc, alla mycket vanligare än virusangrepp!). Tips om bra sådana hittas på

ANNONS

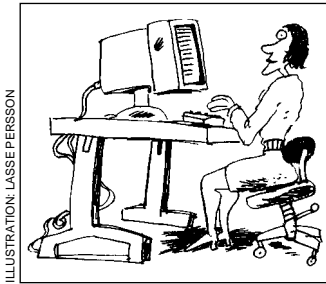


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

»Tro inte på braskande helsidesannonser om hur farliga datorvirus är!»

Internets diskussionsgrupp alt.comp.virus.

2. Om du har nätverk och är uppkopplad på exempelvis Internet se till att din webbläsare (t ex Netscape eller Mosaic) inte startar ett program på datorn när du klickar på en fil. Således skall t ex inte Word eller Excel på din dator kunna startas direkt om du laddar ner en textfil eller ett kalkylark från nätet; detta kan göra att en infekterad fil sprider sig på en gång. Ladda ner och viruskontrollera istället!

3. Lita inte på sk desinfecterare. De skall kunna återställa en infekterad fil till 100 procent, vilket alltför ofta inte går. Att behöva använda en desinfecterare är redan det ett nederlag. Använd istället en färsk scanner och hitta viruset innan det slår till. 95 procent av alla virusangrepp beror på de 30 vanligaste virusen. En bra virusscanner innehåller över 6 000 virussträngar. Skulle du råka ut för en infekterad fil gör som vår egen kropp – förstör (filen)! Säkerhetskopiera de viktigaste filerna så att du kan återställa dessa vid en eventuell virusinfektion.

4. Tro inte på braskande helsidesannonser om hur farliga datorvirus är! Lita inte heller på rapporter om »nya» virus. Det senaste ryktet gäller ett Windows 95-specifikt virus – »Boza», som i själva verket är helt odugligt. Programhus sprider sådana skrämmande rykten för att sälja fler antivirusprogram! Kontrollera man sina filer och inte laddar in barnens datorspel på sjukhusdatorn (hemska tanke) så är risken större att man åsamkar skada genom att spilla kaffe på tangentbordet!

För information om vad »textfilvirus» är för något (och inte bara hur man tar bort det) så kan man gå till hemsidan <http://ourworld.compuserve.com/homepages/Karahldata/Microvir.htm>.

Karsten Ahlbeck
AT-läkare, Örnsköldsvik

KORRESPONDENS

Direktiv för AT-läkare i primärjour skapar problem

Den svenska fullkomlighetsparanoian, Gral-sökandet i dess politiska form, den oavbrutna spaningen efter den fullkomliga harmonin, borgar för att utopiska projekt aldrig saknas i vardagens möda. Säkerhet, rättvisa, eller något annat honnörsbegrepp skall, utifrån förledande problembeskrivningar, garanteras i mer eller mindre beskäftiga åtgärdsförslag, vilka, tyvärr ofta genomförs och lika ofta skapar fler problem än de löser – när de inte ger problem där från början inga fanns.

Ett aktuellt exempel är de nya direktiven för primärjour-tjänstgöring vid landets sjukhus. I ett slags giljande till allmän uppskattning och rådande förväntningar om det maximalt förträffliga har man bestämt att endast erfarna och helst specialistkompetenta läkare skall vara jour vid akutintag landet runt. Oavsett belastning, upp-tagningsområde eller bakjourens utformning. En regel för alla. Ingen pardon. Inget utrymme för klinikchefers egna omdömen.

En typisk Moment 22-situation. För att vara jour fordras erfarenhet av självständigt jourarbete (kan ej ersättas av något slags eleverfarenhet), som endast kan nås genom självständigt jourarbete. Ingen AT-läkare i jour. Punkt.

Orimlig jourbörd

Vid kliniker med stora läkarstabber kan dessa krav tillmötesgå, låt vara med reducerat utbildningsvärde för de yngre kollegerna. För landets många välfungerande mindre kliniker blir däremot jourbördan för färdigutbildade läkare orimlig. Tid dras från viktigt arbete dagtid, och utbildningsvärdet av yngre läkares tjänstgöring försämras drastiskt.

Utan hållbart underlag påstås att säkerheten med nuvarande system är undergrävd och – implicit – att små sjukhus är farliga för patienterna. Genom att de faktiskt producerar sjukvård, som kvalitetsmässigt väl kan hävda sig gent-

emot storsjukhusen, är de i själva verket farliga endast för försvare av vulgäruppfattningen att ju större sjukhus desto bättre sjukvård.

I överväganden bakom aktuella dekret spökar föreställningen att äldre specialister, ofta subspecialiserade inom snäva områden, är de bästa agerande i dramatiska jour-situationer. När det i själva verket mycket väl kan förhålla sig tvärtom.

Yngre läkare under utbildning är synnerligen angelägna – och i hög grad kapabla, skulle jag vilja påstå – att snabbt tillägna sig kunskaper och förmåga att hantera det som faller under huvudtiteln akutmedicin i vid bemärkelse. Och exempel finns på att erfarna kolleger, i för dem ovana akuta situationer, varit tämligen handfallna. Det rör sig alltså om den vanliga övertron på formalia.

Johan Hallgren
överläkare,
medicinska kliniken,
sjukhuset,
Simrishamn

Kommentar:

Specialistkompetent bakjour skall finnas

De »dekret» som John Hallgren syftar på är sannolikt Socialstyrelsens »Akut omhändertagen – en konsekvensanalys», som publicerades i oktober 1995. Här säger Socialstyrelsen:

»AT-tjänsterna är utbildningstjänster, och AT-läkarna har därför berättigade krav på handledning. Det är därför olämpligt att utnyttja AT-läkare som självständiga jourhavande nattetid. Däremot bör AT-läkare medverka i jourarbete under handledning av mer erfarna kolleger.»

Vidare rekommenderas i dokumentet att primärjour skall ha minst två års tjänstgöring inom specialiteten.

Rekommendationerna är således inte fullt så drastiska som John Hallgren utmålar dem, och det är heller inte frå-

ga om bindande föreskrifter.

Läkarförbundet har konsekvent tagit avstånd från tendensen att inkompetensförklara AT-läkarna och, i likhet med John Hallgren, framhållit att AT-läkare – liksom nyblivna ST-läkare – måste gå jour om de som specialister skall behärska akut omhändertagande. Specialistkompetent bakjour och fullgod handledning skall givetvis finnas. Det är den samlade kompetensen i jourlinjen som avgör akutverksamhetens säkerhet och kvalitet.

Utredningsavdelningen

Kalla oss inte Cognexmottagning!

Cognex är ett steg på vägen i behandling av Alzheimers sjukdom. Det är bra.

Parke-Davis marknadsföring av Cognex är inte bra. Det retar gallfeber på distriktsläkarna i Växjötrakten att firman marknadsför vår geropsykiatriska mottagning som »Cognexmottagning».

I analogi skulle man kunna sätta upp många »märkesmottagningar». Varför inte Växjö Stads Lapidmottagning eller Primärvårdens Renitecdispensär... Ja, det låter löjligt, och så gör Cognexannonseringen.

Jan Fornander
distriktsläkare, Växjö

Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, t ex därför att det förkortade begreppet är otydligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.