

## Svensk förening för hälsa och mänskliga rättigheter vill ha kontakter

Ett nätverk för svenska läkare i frågor som rör mänskliga rättigheter efterlystes i en insändare av Gustav Foghammar i Läkartidningen 47/96. Han uppmanade intresserade att delta i ett diskussionsmöte i samband med läkarstämman. Dit kom bl a HMR, Svensk förening för hälsa och mänskliga rättigheter, som bildades sommaren 1995.

Medlemmarna i HMR består av personer som arbetar med människor som är svårt traumatiserade och lider av skador från tortyr och andra former av organiserat våld.

Att bli utsatt för organiserat våld, såsom tortyr, är en av de grövsta kränkningarna av de mänskliga rättigheterna. Olika undersökningar visar att ungefär var fjärde flykting har blivit torterad eller drabbats av andra former av organiserat våld. Vi är många som i vårt dagliga arbete möter de allvarliga följderna av dessa brott mot mänskliga rättigheter.

### Vill öka kunskapen

HMR är en politiskt och religiöst obunden förening som har till syfte att utveckla kunskap om och professionellt samarbete kring följder av organiserat våld för att förbättra stöd- och behandlingsinsatser i Sverige och andra länder. HMR vill öka kunskapen om diagnostik, behandling och rehabilitering av dem som utsatts för organiserat våld. Det är också angeläget att stimulera forskning, metodutveckling och kvalitetssäkring inom detta område. Föreningen uppmanar och stöder samarbetet mellan centra, institutioner och professionella som är engagerade i dessa frågor.

HMR vill också medverka till att utforma etiska regler för de yrkeskategorier som möter människor som utsatts för organiserat våld.

Den 7–8 februari 1997 håller vi inom HMR vår första nationella konferens under temat organiserat våld, tortyr, trauma och rehabilitering.

### Öppen för alla

Konferensen är, liksom föreningen, öppen för alla – inte

## KORRESPONDENS

enbart läkare – som är engagerade i sambanden mellan hälsa och brott mot de mänskliga rättigheterna. Det finns såväl läkare, psykologer, kuratorer, socialarbetare, advokater, psykoterapeuter som annan vårdpersonal bland medlemmarna. Tillsammans har de en stor samlad erfarenhet av de problemställningar som rör flyktingskap och som Gustav Foghammar tar upp i sin insändare.

Liksom Gustav Foghammar önskar HMR öka samarbetet med andra som är engagerade inom liknande områden. HMR medverkar gärna i en fortsatt diskussion om ett nätverk/forum för alla svenska läkare som är intresserade av sambanden mellan hälsa och mänskliga rättigheter.

Den som vill veta mer om HMR kan vända sig till föreningens sekreterare Catharina Lian, CTD, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm, tel 08-729 40 25.

*Sten W Jakobsson*  
koordinatör för HMR, docent i rättsmedicin, Centrum för tortyr- och traumaskadade, CTD

*Cajsa Malmström*  
redaktör för medlemstidningen HMR-bladet, fri-lansjournalist

*Luis Ramos-Ruggiero*  
ordförande i HMR, psykolog/psykoterapeut, Centrum för tortyr- och traumaskadade, CTD

## Hur riskfyllt är det att kemiskt konvertera förmaksflimmer

En stor grupp patienter som kommer till invärtesmedicinsk klinik med arythmi har förmaksflimmer. Vanligtvis kan patienten efter farmakologisk frekvensreglering återgå till sinusrytm eller också inställs patienten på antikoagulantibehandling och för en planerad elkonvertering polikliniskt. Alternativet är att patienten erhåller Fragmin och efter TEE (transesofageal ekokardiografi) för att utesluta förmakstrombos – elkonverteras, vanligtvis framgångsrikt.

Väl bekant är ju att emboli-

risk föreligger vid elkonvertering av förmaksflimmer, men hur är det vid kemisk konvertering, den sistnämnda gruppen är klart dominerande i det kliniska arbetet.

Som exempel kan nämnas en kvinna i 65 årsåldern som tidigare besvärats av hjärtpalpitationer sporadiskt, men på senare tid fått alltmer återkommande besvär dock ej med längre duration än 1/2 dygn. Vid ankomsten var hon opåverkad och uppvisade ett snabbt förmaksflimmer som okomplicerat med sotalol-infusion konverterades till sinusrytm. Patienten kunde skrivas ut i gott skick dagen efter erhållen behandling men återkom efter drygt tre timmar med plötsligt påkommen smärta och kyla från höger knä och nedåt, tydande på arteriell emboli. Denna kvinna hade upplevt arytmikänsla högst 1/2 dygn innan hon kom till medicinkliniken och frågan var hur stor risk som förelåg vid den vanliga arytmisk akut förmaksflimmer att kemiskt konvertera/frekvensreglera med  $\beta$ -blockad.

*Carl-Johan Sandvik*  
leg läkare, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Centrallasarettet, Västerås

### Kommentar:

## Duration av flimmer avgörande

Läkartidningen har bett oss besvara den mycket aktuella fråga Carl-Johan Sandvik aktualiserar. Den gängse synen är att patienter med kort duration av förmaksflimmer (<2–3 dygn) oftast komplikationsfritt och utan föregående antikoagulantibehandling kan konverteras antingen med synkroniserad likströmschock eller med farmaka. Om patienten haft flimmer i mer än 2–3 dygn brukar man i de flesta fall rekommendera antikoagulantibehandling med terapeutiska PK-nivåer i minst 3 veckor innan man gör försök till konvertering.

Carl-Johan Sandvik redogör för en patient med mycket kort anamnes av förmaksflimmer som reglerats med hjälp av antiarytmika. Trots detta återkommer patienten med en arte-

riell emboli som med stor sannolikhet har förorsakats av den aktuella konverteringen. Fallet väcker flera funderingar:

1. Skiljer sig risken för tromboemboliska komplikationer vid likströmschock respektive farmakologisk konvertering? Det finns idag inga kontrollerade studier som kan besvara den frågan. Här växlar uppenbarligen terapitraditioner mycket.

### Elkonvertering överväger

I Sverige överväger, enligt vår uppfattning, elkonvertering medan i t ex Norge farmakologisk konvertering är mycket vanligare. Ekokardiografiska studier har nyligen visat att närvaro av s k ekokonstrast i vänster förmak är en riskfaktor för utveckling av tromboemboliska komplikationer.

I samband med elkonvertering av förmaksflimmer ser man ibland tillkomst eller ökning av spontan kontrast i vänster förmak, vilket också har visat sig innebära en ökad risk för slaganfall. Det intressanta är dock att även vid spontan omslag till sinusrytm utan elkonvertering ses en liknande kontrastförändring i förmaket. Detta skulle således tala för att det ej föreligger någon skillnad när det gäller embolirisk mellan kemisk och elektrisk konvertering av förmaksflimmer.

2. Kan man alltid vara säker på hur länge ett förmaksflimmer har förelegat? I det aktuella fallet hade patienten haft arytmikänsla högst ett halvt dygn innan hon sökte sjukhuset. Det är dock välkänt att intermittent förmaksflimmer kan förekomma utan att patienten upplever symtom. Det har t ex nyligen visats att hos patienter med paroxysmalt förmaksflimmer är den övervägande majoriteten av episoder asymtomatiska.

### God tumregel

Det är oklart vad som betingar om en flimmerepisod är asymtomatisk eller symptomatisk, men observationen väcker förstås frågan om det utifrån anamnes verkligen är möjligt att alltid bedöma om patienten har ett flimmer med kort duration eller om flimret har förelegat en längre tid, men givit symtom endast under den senare perioden.

En god tumregel i detta sammanhang är att om patienten inte är absolut distinkt beträffande när flimret debuterat bör man bedöma flimrets duration som okänd och starta antikoagulantibehandling in-

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-koagulantbehandling. 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 förmakssemboli.

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 anti-koagulantbehandling och genomföra elkonvertering elektivt så vitt patientens kliniska situation inte kräver omedelbar elkonvertering.

För aktuell översikt se Prys-towsky 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 buksmärta, 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 handläggningsschema 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-