

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 förvånansvärt 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 primärvårdsläkare 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 Agrés 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, Hulten 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, Bradley 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 partsinlaga 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. Fortsätt 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 resultatet 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 bekläms för kunnat undvikas.

Nina Rehnqvist
överdirektör,
Socialstyrelsen