

Sjuksköterskor i ambulanserna – problemet är värre än så

■ I artikeln »Akutsjukvården kräver starkare internmedicinska resurser« (Läkartidningen 25/2002, sidorna 2858-61) skriver Ulf Hållmarker och medarbetare: »Ambulansen är en viktig del i akutverksamheten.« Som ambulansläkare sedan drygt 15 år instämmer jag oreserverat, och gläds åt denna uppmärksamhet.

Fortsättningen: »Den nu pågående centraliseringen inom sjukvården talar starkt för ambulanspersonal med sjuksköterskekompetens vid prio 1-fall för att kunna upprätthålla andning och cirkulation, samtidigt som bristen på denna personalgrupp utgör ett hinder«, förtjänar emellertid några kommentarer.

Två rekryteringsvägar

Svensk ambulanssjukvård började under 1980-talet att på bred front utvecklas från transportorganisation till en resurs för tidig, kvalificerad akutsjukvård. Eftersom adekvata läroplaner/kompetensbeskrivningar för denna uppgift inte fanns i Sverige (den första relevanta kom 1997!), tog utvecklingen tidigt två parallella vägar:

1. Befintlig personal – i regel före detta brandmän eller undersköterskor – specialutbildades inom sina respektive organisationer i takt med att allt mer avancerade uppgifter infördes. Nyrekryterad personal – oftast vidareutbildade undersköterskor, den då enda reguljära utbildningen för arbete i ambulans – gavs samma påbyggnad, varpå uppgifterna utfördes efter delegering från ansvarig ambulansläkare.
2. Ambulansorganisationen nyrekryterade aktivt sjuksköterskor – helst med erfarenhet från akutmottagningar, anesthesi/intensivvård etc – och kompletteringsutbildade dessa för arbete i ambulans. Dessa sjuksköterskor kunde genomföra de flesta av sina uppgifter enligt ordinationer, varför delegeringarna blev färre eller inga alls.

Ingen kvalitetsskillnad

Gemensamt för dessa lösningar var att personalen behövde befattningsutbildas, eftersom någon reguljär utbildning för kvalificerat arbete i ambulans inte fanns. Såvitt känt finns idag ingen evidens för att den ena eller andra lösningen innebar bättre eller sämre kvalitet i omhändertagandet av patienten. Upprätthållandet av andning och cirkulation sköttes på likartat sätt i båda fallen.

Socialstyrelsen har dock beslutat att delegeringar av läkemedelshantering

inte får förekomma efter 30 september 2005, varför endast väg 2 ovan är framkomlig i fortsättningen. Hittills ställer myndigheten dock inte krav på vidareutbildade sjuksköterskor utan nöjer sig med grundutbildade.

Därmed hamnar ambulanssjukvården – och hela akutsjukvården – i en dubbel sax:

1. Inriktningen på dagens grundutbildning för sjuksköterskor gör att dessa har sämre förutsättningar att utföra kvalificerade uppgifter inom ambulanssjukvården än de erfarna ambulanssjukvårdare som om drygt tre år inte längre får utföra uppgifter som de skött med framgång sedan halvtannat decennium! Grundutbildade sjuksköterskor behöver omfattande befattningsutbildning, innan de kan tas i aktiv tjänst i ambulanserna.
2. Sjuksköterskor, vidareutbildade för ambulanssjukvård, är den självklara och mycket eftertraktade resursen vid nyrekrytering – men tillgången på dem är än så länge flerfaldigt sämre än den bristande tillgången på grundutbildade sjuksköterskor, som Hållmarker m fl konstaterar i sin artikel.

Nya bekymmer skapas

Sammanfattningsvis löser det kommande regelverket ett »problem«, vars existens inte påvisats. Däremot skapas nya, högst reella bekymmer, när ambulanssjukvården tvingas att frånta duglig, befintlig personal en del uppgifter, samtidigt som man konkurrerar med den övriga sjukvården om den redan knappa tillgången på sjuksköterskor – med eller utan relevant vidareutbildning.

Självklara förlorare är patienter, befintlig ambulanspersonal och hela sjukvården. Vinnarna återstår att hitta.

Bror Gårdelöf

*konsultläkare i ambulansfrågor,
Landstinget i Östergötland*

Kommentar:

Ambulanssjukvård ingen ersättning för nedrustad akutvård

■ Bror Gårdelöfs initierade synpunkter på sjuksköterskor i ambulansvård belyser ytterligare att beslut om förändringar i sjukvårdsstruktur sällan vilar på en tillräcklig utvärdering eller analys av helheten.

När den akuta internmedicinen nedrustas på ett antal sjukhus samtidigt som det är uppenbara svårigheter att arrangera med tillräckligt antal och tillräcklig kompetens i akut omhändertagande i ambulanssjukvården har man endast åstadkommit att problemet flyttats från en sektor till en annan.

Det finns skäl att tänka sig för många gånger innan man nedrustar internmedicinska akutkliniker. Ambulanssjukvården är uppenbarligen ingen ersättning.

Ulf Hållmarker

*överläkare internmedicin,
ordförande i Svensk internmedicinsk
förening*

Att sätta ut läkemedel – några fallbeskrivningar från förr i tiden

■ När jag läste Kurt Bomans och Jan-Erik Ögrens medicinska kommentar om svårigheterna att sätta ut läkemedel (Läkartidningen 30–31/2002, sidorna 3100–2) kunde jag inte låta bli att dra mig till minnes enstaka episoder ur mitt läkarliv.

Ålderdomshemmen i Trelleborg

Från 1962 och cirka 20 år framåt hade jag det medicinska ansvaret för de intagna på ålderdomshemmen i Trelleborg (sådana fanns på den gamla, onda tiden, men försvann med Ädelreformen som inte var så ädel i somliga avseenden). Såsom ansvarig läkare införde jag journalföring på hemmen och hade för vana att minst en gång per halvår undersöka varje patient (brukare heter det i dag – ett idiotiskt ord).

I samband med dessa rutinundersökningar gick jag också igenom den aktuella medicinlistan, vilket allt som oftast resulterade i vissa ändringar. Doseringar ökades eller minskades, ett eller annat nytt läkemedel sattes in och ibland togs det ena eller andra läkemedlet bort.

Det gick inte alltid lätt. I synnerhet när patienten (för mig var de patienter och inte brukare) argumenterade emot: »Men det har överläkare XX eller professor YY sagt att jag måste ta hela livet.« Jag skulle vilja varna alla mina unga kollegor för att använda sig av denna fras. Den kanske lägger sten på en efterföljande kollegas börda.

Drack bara avkokt, ljummet vatten

Ett exempel av det mera harmlösa slaget: En 70-årig kvinna som på grund av Parkinsons sjukdom inte klarade sig hemma längre kom till ålderdomshemmet. Det framkom snart att hon inte drack något annat än avkokt, ljummet vatten.

Historien var denna: I början på 1920-talet hade hon sökt en professor i Lund (sannolikt för något slags magkatarr) och blivit ordinerad att fortsättningsvis dricka avkokt, ljummet vatten. Hur länge behandlingen skulle pågå bestämdes till synes inte. Kanske träffade hon aldrig mera den ordinerande professorn men fortsatte i alla fall att följa hans ordination. Nu var hon över 70 år gammal och hade ända sedan 20-årsåldern inte druckit något annat än avkokt, ljummet vatten. Inget kaffe, inget te, ingen snaps till sillen osv. Som sagt – hon hade inte tagit någon skada av denna ordination, men tänk så mycket trevligt hon kanske missat.

Historien är inte slut med detta. Som nämndes inledningsvis led hon av Parkinson. Det var på den tiden man kunde

få L-dopa på licens för enstaka patienter. Jag lyckades få licens för två: ovan nämnda kvinna och en manlig patent på min praktik. Den sistnämndes tillstånd förbättrades på ett påtagligt sätt, men hos kvinnan på ålderdomshemmet hände ingenting. Efter flera veckor kom förklaringen. Personalen hittade samtliga L-dopa-tabletter undan gömda i kvinnans garderob. I och med att jag hade ifrågasatt professor ZZs ordination av avkokt, ljummet vatten hade jag mist hennes förtroende för all framtid.

Ett annat fall

Ett annat fall som jag kommer ihåg var självförvållat. Direkt från lasarettets kirurgavdelning hade vi till ålderdomshemmet fått en kvinna i 80-årsåldern. Hon var nyopererad efter ett brustet magsår och i ganska dåligt skick, skinn och ben utan livslust och utan aptit. Försök med samtalsterapi hjälpte föga så jag ordinerade ett tonikum.

För yngre kollegor som kanske inte vet vad ett tonikum är skall jag förklara på ett enkelt sätt. Ett tonikum är en flytande blandning av vitaminer – huvudsakligast olika B-vitaminer och C-vitamin men även koffein och ibland stryknin och arsenik i ett alkoholhaltigt medium, gärna vermouthe på grund av den något beska smaken. Alkoholkoncentra-

tionen höll sig omkring 15 procent. Det gavs i mindre doser, en eller flera gånger dagligen före maten, som en aperitif.

Sådant fick också vår gumma som inte ville leva längre. Även om denna ordination i dagens evidensbaserade medicin inte skulle få nåd inför våra vetenskapspåvars ögon så hjälpte den. Gumman började äta och öka i vikt, steg upp från sin säng och återupptog ett visst socialt liv på hemmet.

»Doktorn behöver mitt rum«

Och nu kommer självmålet. Vid rutinundersökning tyckte jag att kvinnan var frisk och kry för sin ålder och att det tonikum hon fick var onödigt och kunde tas bort – alldenstund som jag innerst inne själv inte trodde på ett tonikums effekt.

Men det gjorde min patient. När hon dagen efter undersökningen inte fick sin aperitif var hennes kommentar: »Jag förstår – doktorn behöver ett rum.« Dagen efter hade hon en cerebral insult. Hon fick sitt tonikum tillbaka, förlamningen gick nästan helt i regress och vi var åter goda vänner. Hur det slutligen gick med henne har jag glömt. Snacka om placeboeffekt!

Heribert Kaltenbrunner
leg läkare, Trelleborg

Ha diagnosen hjärntumör i åtanke vid utbrändhetssymtom!

■ Utbrändhet har blivit en populistisk farsot i dagens Sverige. Kostnaderna för långtidssjukskrivning skenar iväg.

Diagnosen utbrändhet ställs oftast på patientens symtombild, utan några större undersökningar som skulle kunna utesluta andra differentialdiagnoser.

Symtom på utbrändhet varierar från patient till patient: stressigt arbete som ger ökad irritabilitet och minskad tolerans för arbete under ökad press. Vetskapen om att »det här orkade jag förut men nu kan jag inte längre«. Känslan av att arbetsvardagen rämnar och blir övermäktig. Kryddar man sedan med symtom som att patienten vänder bokstäver, svänger om siffror och får sämre minne brukar diagnosen vara rätt given.

Alla är inte utbrända

Men alla patienter är inte utbrända trots ovanstående symtom. Vända bokstäver och siffror, dåligt minne och orkeslöshet kan vara tecken på en hjärntumör. Tillkommer också blixtrande huvudvärk

och kräkning någon dag borde man dra öronen åt sig.

Det är klurigt att ställa diagnosen hjärntumör i tidigt skede om inte patienten kommer in med mer drastiska symtom som t ex kramper. Många hjärntumörer är behandlingsbara i tidigt skede, men kanske inte om man missat diagnosen med några månader.

När du som läkare sitter med en patient som du tycker har »typiska utbrändhetssymtom«, fundera då på vilka differentialdiagnoser som finns och försök att utesluta dem. Gör gärna en enkel synfältsundersökning och uteslut en eventuell sidoskillnad. Kontrollera gärna ögonbottarna vid symtom som ovan eller remittera för datortomografisk skallundersökning.

Fråga också om patienten är höger- eller vänsterhänt. Det kan ju vara så att patienten har en tumör i vänster hjärnhalva, som påverkar minnet, siffror och bokstavsminne, men inte talet, som oftast sitter mer till höger på en vänster-

hant patient. Vänsterhänthet kan på så sätt maskera att något allvarligt är under uppsegling i vänster hjärnhalva.

Närmare kontroll uppdagade hjärntumör

En anhörig till mig fick diagnosen utbrändhet och sjukskrevs i april. Vid en rutinundersökning hos optiker i slutet av maj rekommenderades han att ta kontakt med ögonläkare för vidare koll – gärna direkt, på ögonakuten. Ögonläkaren remitterade omedelbart vidare till akuten, där en datortomografi togs och diagnosen hjärntumör fastslogs. En vecka senare fick den anhörige besked om att tumören (troligen ett glioblastom) ej var behandlingsbar. Han är vänsterhänt och har sitt talcentrum troligen någonstans i höger hjärnhalva.

Jag vill därför uppmana läkare att avsluta eventuella differentialdiagnoser innan diagnosen utbrändhet ställs!

Eva Mölleborn
Stockholm

Kronisk trötthet tillhör känslolivets domäner

■ De två intressanta artiklarna om kronisk trötthet i Läkartidningen 34/2002 [1, 2] ger anledning till följande reflektion.

Oförklarlig trötthet som inte är kroppsligt utlöst tillhör känslolivets domäner. När det gäller känslolivet är den objektinriktade vetenskapen värdelös. Det enda man kan mäta är känslans kroppsliga spår och då med mer eller mindre osäkra skattningsmetoder.

När medicinen nalkas känslolivet med vetenskaplig metodik gör man samma tankefel som parapsykologerna, vilka, för att göra disciplinen rumsren, använt vetenskaplig metodik i ett århundrade utan att komma någon vart.

Lika lite som man kan mäta känslomässig utstrålning (karisma), lika lite kan man med framgång dissekera dess motsats.

Björn Rosendal
fd överläkare, konstnär och författare,
Laholm

Referenser

1. Merz S. Chronic fatigue syndrome. Allt fler differentialdiagnoser kräver en förändrad syn på syndromet. Läkartidningen 2002; 99:3282-7.
2. Lundin A. Kroniskt trötthetssyndrom fortfarande ett tillstånd utan medicinsk förklaring. Läkartidningen 2002;99:3280-1.

Får författarna själva hitta på vad som gäller ifråga om jäv och intressekonflikter?

■ I Läkartidningen 30–31/2002 förekommer två uppsatser författade av Ulf Persson, Anders Anell och Stefan Jendteg i något olika ordning (sidorna 3128–31). De är samtliga anställda vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), från vilket institut bidragen härör. Så vitt jag vet äger Apoteket AB fortfarande IHE – som tidigare ägdes av läkemedelsindustrin. Eftersom artiklarna handlar om läkemedelspriser torde Apoteket AB ha ett betydande intresse för de förhållanden som författarna diskuterar.

Vad menas med jäv?

Författarna uppger att de inte har några potentiella bindningar eller jävsförhåll-

anden samtidigt som de är anställda vid IHE. Om detta inte anses vara en »potentiell bindning« som innebär risk för intressekonflikter förstår jag inte vilka förhållanden som skulle kunna vara det.

Behöver Läkartidningen ange vad man menar med jäv och intressekonflikter för att författarna skall veta vad de skall uppge? Om varje författare själv hittar på vad som gäller spelar de s k deklARATIONERNA inte någon roll.

Jämför med den deklaration Lars-Gunnar Gunnarsson och Börje Ekman avger på sidan 3141 i samma nummer som klargör vilka samband som gäller.

Lars Werkö
professor, Stockholm

Redaktionell kommentar:

Koppling till intressenter som kan gynnas eller missgynnas skall framgå

■ Att uppfattningarna om vad som utgör potentiella jäv- och intressekonflikter kan variera framgår klart av Lars Werkös inlägg.

Den bärande tanken i Läkartidningens författaranvisningar är att författarna skall lämna upplysningar om förhållanden som inte uppenbart går att utläsa ur författarpresentationen.

Mer konkret: Om en författare med universitetsadress mottagit ekonomiskt stöd för sin studie från företaget XYZ så bör detta redovisas, men om samme författare är medicinsk rådgivare i företaget XYZ och detta framgår av författarpresentationen kan potentiella intressekonflikter nekas eftersom bindningen till företaget framgår.

Det aktuella fallet

I det aktuella fallet har författarna till en del tolkat intentionen med jävsdeklarationen rätt, eftersom deras anknytning

till IHE redovisas klart. Den upplysning som dock saknas i sammanhanget är IHEs ställning gentemot Apoteket AB och det faktum att Apoteket AB skulle kunna ha intresse av att påverka artikelns utformning. Här har författarna inte observerat vår uppmaning att nämna eventuella kopplingar till företag eller organisationer som direkt kan gynnas eller missgynnas av hur en enskild artikel är utformad (Läkartidningen 2002:98; 1662-3).

Angående Lars-Gunnar Gunnarssons och Börje Ekmans deklaration på sidan 3141 så är den föredömligt uttömmande. Från redaktionell synpunkt är det dock positivt om förekomsten av eventuella bindningar nekas på ett mer kortfattat sätt.

Josef Milerad
medicinsk chefredaktör,
Läkartidningen