

Information ges om risker och möjligheter

Vi tackar Ingrid Gamstorp för hennes kommentar i Läkartidningen 36/97 till vår artikel i 34/97 om bl a risker i samband med epilepsi och graviditet. Vi instämmer helt i hennes synpunkter om sättet att med patienten diskutera den teratogena effekten av antiepileptika. I själva verket brukar också vi uttrycka risker och möjligheter beträffande fosterskador på precis det sätt som Ingrid Gamstorp föreslår när vi informerar och diskuterar med våra patienter.

Torbjörn Tomson
docent, överläkare,
Stockholm

Birger Winblad
docent, högsckolektor,
Stockholm

Bengt Danielsson
professor, Uppsala

Frågor kvarstår om integrering av den prehospitala akutvården

Det är ett angeläget problem som Johan Herlitz tar upp i sin artikel om infarktbevärande behandling vid akut hjärtinfarkt (Läkartidningen 28–29/97). Det är ett problem med många dimensioner och där det vad jag förstår inte finns någon enkel lösning. Ett par problemställningar som kanske är de mest begränsande tar Johan Herlitz inte upp:

1. Diagnos måste ställas av härför kunnig person före trombolysbehandling av hjärtinfarkt.

2. Hjärtinfarktvarlden på större sjukhus är uppbyggd så att den inte per automatik är tillgänglig för akutintaget, och kanske till och med inte ens lokaliserad vid akutintaget.

3. Det har gjorts ett flertal studier på prehospital trombolys, och några av dessa studier har visat tämligen lika resultat mellan behandling på sjukhus respektive prehospitalt, kanske möjligen för man inte skilt på infarktlokaliseringar.

4. Stora delar av den svenska ambulanssjukvården har för närvarande inte den kompetens

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten 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. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

som krävs för att kunna genomföra denna avancerade behandling, eftersom den av tradition haft en medicinsk ledning som mer intresserat sig för de mera ovanliga men desto mer spektakulära traumafallen.

5. Även om klara tidsvinster för behandling skulle kunna göras också inom delar av våra tätbefolkade områden så finns inte tillräckliga resurser inom ambulanssjukvården för att ta på sig även denna uppgift, utan resurser skulle få överföras från de enheter som idag har att ta ansvar för hjärtinfarktvarlden på sjukhuset.

Jag delar fullt Johan Herlitz uppfattning om önskvärdenheten av dessa terapeutiska insatser i tidigt skede vid vissa typer av hjärtinfarkter. Vi har med hjälp av den nu tillgängliga tekniken för telemedicin möjlighet att överbrygga en del av de diagnostiska och kompetensmässiga hindren. Dock kvarstår avgörande frågor om integrering av de prehospitala insatserna med det som sker på akutsjukhuset och om vem som skall fatta terapeutiska beslut och på vilken grund dessa beslut skall fattas.

Den mobila prehospitala akutvården

Som jag personligen ser det skulle en integrering och utbyggnad av den mobila prehospitala akutvården både kunna medföra vinster i termer av ökad överlevnad, men också ekonomiskt för i första hand de tre storstadsregionerna i form av möjligheten att minska antalet akutintag och möjligen även minska de efterföljande vårdtiderna.

Här krävs dock ett nytänkande där hela vårdkedjan integreras och den högkvalificera-

de vården börjar redan hemma hos patienten och inte som idag efter ett transportskede med ambulans följt av ett sorteringsskede på ett akutintag som i bästa fall för patienten till en kunnig infarktbevärande vård.

Per Juhlin
överläkare, akutkliniken,
Universitetssjukhuset
MAS, Malmö

Replik:

Kompetens och utbildning en förutsättning

Per Juhlins inlägg i debatten om infarktbevärande behandling vid akut hjärtinfarkt i ambulansen är viktigt och jag vill kommentera hans inlägg enligt följande:

1. Självklart måste diagnos ställas av härför kunnig person innan trombolysbehandling påbörjas. Jag tror att specialutbildade sjuksköterskor har en kompetens som uppfyller dessa krav.

2. Lokala problem är självklart avgörande faktorer för huruvida behandling med exempelvis trombolys kan påbörjas på akutintaget. Detta måste lösas från fall till fall.

3. Gör man en sammanställning av samtliga studier som jämfört effekten av trombolysbehandling påbörjad utanför sjukhus med trombolysbehandling påbörjad på sjukhus, så finner man att de förstnämnda sänker dödligheten. Det är ingen tvekan om att denna effekt är mera påtaglig i

glesbygdsområden där tidsvinsterna är mer markanta.

4. I ledningen för ambulanssjukvården måste det vid sidan av hög anestesilogisk kompetens finnas en hög kardiologisk kompetens. Detta är en grundförutsättning för att den tidiga hjärtinfarktvarlden skall kunna optimeras.

5. Ett intimt samarbete mellan ambulanssjukvården och vården på hjärtinfarktavdelningar är en grundförutsättning för att en effektiv hjärtinfarktbevärande behandling ska kunna genomföras.

Detta innebär att ambulanspersonalen av kardiologisk expertis får vidareutbildning, feedback, patientgenomgångar etc. Telemedicinsk teknik utgör ett mycket värdefullt komplement.

Om kompetens att påbörja trombolysbehandling i ambulans saknas kan man överväga att styra behandlingen från hjärtinfarktavdelning via direktöverfört EKG och direktkommunikation mellan hjärtinfarktavdelning och ambulanspersonal. Det allt ökande utnyttjandet av sjuksköterskor i ambulansen gör dock att detta kanske inte behöver bli ett omfattande behandlingsalternativ. En förutsättning är att sköterskorna får en gedigen utbildning i akut hjärtinfarktvarld.

Johan Herlitz
docent, överläkare, kardiologdivisionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/
Sahlgrenska, Göteborg

Rädsla för Salus eller rädda din försäkringskostnad?

Stimulerad av insändaren »Varning för Salus» i Läkartidningen 32–33/97 vill jag ytterligare förstärka misstron för »vårt eget försäkringsbolag». Som insändaren har jag själv med min familj sedan 1955 haft samtliga försäkringar i nämnda försäkringsagentur i tron att man agerade helt i försäkringstagarnas intresse. Smärre självriskförmåner i bl a fordonsförsäkringar har ägnat att förstärka denna tilltro, varför det knappast tätt sig angeläget att närmare kontrollera andra försäkringsgivares erbjudanden.

Salus ombildning till aktie-