

Prioritering sker utifrån symtom, inte diagnoser

■ Karin Schenck-Gustafsson avslutar sin artikel »Kvinnors hjärtinfarkt tas på mindre allvar än mäns« (LT 26–27/2001, sidorna 3114–5) på ett sätt, som tarvar en kommentar – särskilt med tanke på att den i modifierad form även utgör bildtext i stort format, som direkt fångar läsarens uppmärksamhet. »I preliminära resultat från tre Göteborgssjukhus framkommer det att kvinnor som begär ambulans för hjärtproblem nedprioriteras, medan män får högsta prioritet på anropet.«

Denna något skruvade beskrivning av verkligheten ger lätt intryck av diskriminering på könsbasis, men problemet är ett annat.

Hjärtproblem ej ett symtom

SOS Alarms utlarmningskriterier – numera sammanställda i *Svenskt Index för Medicinsk Larmmottagning* – baseras på symtom, inte diagnoser. Det är en självklarhet med tanke på det näst intill omöjliga i att ställa diagnos per telefon.

Exempel på korrekta utlarmningsorsaker är således »akuta, centrala bröstsmärtor«, »andnöd«, »medvetanderubbing«, etc, medan »hjärtproblem« inte är korrekt. (Akuta, centrala bröstsmärtor kan ju t ex vara esofagusrelaterade, men det går knappast att säkert avgöra per telefon.)

OK – om patienten har en känd hjärtanamnes är det rimligt att operatören också meddelar detta till ambulansbesättningen, men kriteriet är fortfarande symtombaserat – och den formella diagnostiken bedrivs av mottagande läkare.

Förbättrade kriterier

Pudelns kärna förefaller vara att kvinnors symtom på hjärtsjukdom är annorlunda än mäns, vilket Karin Schenck-Gustafsson också tar upp. Huruvida symtomen även är mer svårtolkade får kardiologisk expertis avgöra.

Samma expertis borde rimligen vara den bästa för att tillsammans med SOS Alarms ansvariga läkare utarbeta förbättrade kriterier vad gäller kvinnors symtom.

Förhoppningsvis elimineras – eller åtminstone reduceras – därmed problemet.

Bror Gårdelöf

ambulansöverläkare,
Landstinget i Östergötland
Bror.Gardelof@lio.se

Hur lämna besked om svår sjukdom?

■ På förekommen anledning satt vi några doktorer en fredagseftermiddag och diskuterade frågan om hur man på lämpligaste sätt lämnar svar på prostatapunktion när det föreligger misstanke om prostatacancer. Cancerbesked bör ju inte ges per telefon utan i personlig närvaro av patienten i en trygg miljö.

Det är inte någon god lösning att ringa upp patienten och boka tid för att diskutera svaret – patienten misstänker naturligtvis att något inte står rätt till, varvid frågorna kommer och så sitter man där med skägget i brevlådan.

Skall man kanske boka in ett tillfälle till läkarbesök för att diskutera det kommande svaret redan i samband med att beställningen görs? För en tid sedan ändrade jag strategi på så sätt att jag bokade in en läkartid för genomgång av provresultaten där misstanke om prostatacancer inte kunde uteslutas.

Ilksen reaktion

Häromdagen fick en av mina patienter på detta sätt besked att prostataprovot var normalt. Jag hade bokat in 30 minuter för att ha marginal till ett eventuellt längre samtal i fall att provet skulle vara positivt och ansåg att jag därvid planerat för möjligheten till ett gott omhändertagande.

Nu visade det sig att provsvaret var utan anmärkning, vilket föranledde patienten att hastigt resa sig upp och upplysa mig om att han ansåg att det var onödigt att behöva komma på ett extra läkarbesök för att få detta besked och dessutom betala 120 kronor. Patienten ifrågasatte också om det kunde vara ekonomiskt försvarbart ur det allmännas perspektiv med ett sådant arrangemang.

Jaha, där satt man fast igen! Man kan naturligtvis tolka patientens reaktion som en rekyleffekt när spänningen släppte efter uppdämd oro, men frågan om hur situationer som denna bör handläggas kvarstår dock obesvarad.

Klämd mellan sköldarna: ekonomiskt ansvar – patientens rättmätiga anspråk på korrekt och respektfullt omhändertagande – samt det städse närvarande korrekctionshotet från HSAN ber jag nu om kloka synpunkter från såväl kolleger som redaktionen.

Larserik Blixt

distriktsläkare,
Bergshamra vårdcentral, Solna