

Dags för gemensamt akutnummer?

■ I en nyhetsblänkare i British Medical Journal (BMJ 2004;328:481; 28 februari) diskuterades införandet av ett gemensamt akutlarmsnummer på alla NHS-sjukhus i England och Wales. Lord Hunt, ordförande i National Patient Safety Association, noterade att idag inte mindre än 27 olika nummer används på brittiska sjukhus för att tillkalla akut hjälp.

Hunt föreslog därför införandet av ett gemensamt nummer, 2222. Förslaget har mötts av gillande både från hälsovårdsministern Lord Warner, Simon Eccles, ordförande i brittiska läkarförbundets Junior Doctors Committee, och av John Hayworth, ordförande i British Association for Accident and Emergency Medicine.

Tre nummer i Örebro län

Bara här i Örebro län har de tre sjukhusen var sitt akutnummer, och om situationen är likartad i resten av landet kan vi misstänka att variationen är mycket stor.

Sjukvårdspersonal rör på sig tämligen ofta, och det säger sig självt att patientsäkerheten riskerar att bli lidande om nyanställda måste fundera på vilket nummer hon eller han skall slå för att utlösa ett akutlarm.

Då spelar länsgränsen ingen roll

Är det kanske dags för oss i Sverige att lära oss av England och fundera på ett gemensamt nummer i likhet med det gemensamma numret 112 till SOS-Alarm? Jag tycker inte det är helt orimligt att tänka sig att samtliga sjukhus i landet enades om ett gemensamt nummer för akutlarm – då behöver trots allt en resenär från Örebro till Västmanland inte fundera på över vilken sida om länsgränsen han befinner sig och om det fortfarande är samma nummer som skall användas för att tillkalla ambulans.

Johan Lagerfelt

narkosläkare, Örebro

Johan.Lagerfelt@lakargruppen-orebro.se

Neuroendokrina test skulle kunna påvisa somatisering

■ I den viktiga och intressanta diskussionen i LT 15–16/04 (sidorna 1434–5) om somatisering ställdes frågan om det finns något test som kan påvisa somatisering. Man kan nog påstå att det skulle gå att styrka tankarna om en somatisering med hjälp av neuroendokrina test. Genom den allt mer ökande kunskapen om förändringar i HPA-axeln (Hypothalamic–Pituitary–Adrenocortical) vid olika tillstånd har man klart kunnat påvisa olika karakteristika vid en del tidigare svårdiagnostiserade tillstånd.

Exempel

Exempelvis ser man ett tydligt mönster i prolaktinsekretion vid busperidon- eller ipsapironbelastning hos patienter med fibromyalgi. Vid kroniskt trötthetsyndrom ser man samma mönster som vid fibromyalgi med ett mönster i HPA-axeln som skiljer sig från det mönster man ser vid endogen depression.

Vid posttraumatiskt stresssyndrom ser man ytterligare ett mönster med påtagligt större suppression av kortisol vid dexamethason suppressionstest (DST) än hos friska försökspersoner. Vid somatiseringssyndrom (enligt definitionerna i DSM-IV) har man funnit att personer med somatiseringssyndrom har en tydlig störning vid DST. Den störningen är inte visad vara korrelerad med svårig-

hetsgraden av somatiseringen (antal symtom enligt DSM-IV).

Sammantaget skulle det gå att tillgripa neuroendokrin diagnostik vid en rad tillstånd som vi tidigare haft dålig kunskap om och förståelse för. Vi vet ju sedan tidigare vilken stor betydelse HPA-axeln har i de flesta vanliga sjukdomstillstånd.

Spara testen till de svåra fallen

Innan vi tar till dessa exklusiva metoder bör vi nog hålla oss till god klinisk praxis. I min verksamhet som kardiolog och internmedicinare möter jag en flod av patienter med kardiella symtom som har en icke-kardiell bakgrund. Dessa genomgår alla en omfattande undersökning med långtids-EKG, belastningstest och hjärtultraljud. Först därefter kan man försöka förmå patienten att finna ett sätt att leva med sina besvär. På liknande sätt bör vi nog förhålla oss vid andra former av icke-handikappande somatiseringar. De förfinade neuroendokrina testen ska vi nog spara till de mer desolata fallen där vanlig god klinisk praxis inte är tillräcklig.

Per-G Juhlin

overlege, med avd, Ringerike sykehus, Hønefoss, Norge
per.juhlin@ringerike-sykehus.no

Franklin D Roosevelt och poliosymtomen

■ Det var en trevlig notis om Franklin D Roosevelt i LT 13/2004 (sidan 1172). Facit på vad han drabbades av kanske vi aldrig får, men jag reagerade mot en uppgift i texten som jag inte tror är korrekt. Det står om hans symtom att han bl a hade uttalad smärta vid beröring, allt symtom som är ovanliga vid polio.

I själva verket var väl just detta med den intensiva smärtan vid beröring och vid rörelser av muskler och leder ett av de mest dramatiska symtomen vid polio. Det brukar beskrivas hur poliodrabbade barn – som ju tydligast kanske visar vad de känner – intog en förtvivlad försvarsställning när någon (personal) närmade sig och såg ut att vilja röra vid dem.

Per-Erik Åbom

smittskyddsläkare i Jönköpings län

Per-Erik.Abom@lj.se

Håll inte god min i elakt intygsspel

■ Den frustration som många läkare känner vid intygande av nedsatt arbetsförmåga illustreras väl av Mats E Nilssons inlägg i LT 12/2004 (sidan 1128). De exempel han där tar upp visar just på det etiska dilemma som uppstår när vi skriver intyg på förhållanden som vi inte känner eller har ansvar för.

Helt riktigt gäller att en genomgripande förändring av sjukskrivningsproblematiken kräver ett i grunden ändrat förhållningssätt, inte bara hos läkare utan även hos andra yrkeskategorier, och även hos arbetstagare.

Upp till oss själva

Men i första hand är det faktiskt upp till oss läkare att själva avgöra i vilken utsträckning vi vill medverka med god min i elakt spel. Ingenting hindrar att var och en värnar sin egen integritet och avstår från medverkan med den enkla motiveringen att »detta kan jag inte intyga«.

Biskop Brask var en gång i tiden mer tvungen än vi någonsin behöver bli.

Hans Fredin

ortoped, Malmö

hans.fredin@passagen.se