

replik:

Hur forskning finansieras har betydelse

■ Söderberg och övriga företrädare för landets PAH-centra skriver att det hade varit optimalt att kontakta respektive vårdcentral eller annan patientansvarig läkare. Problemet är att i brevet som forskargruppen skickat till landets medicinkliniker hoppar man över det steget och skriver i stället:

»Nästa steg i utredningen är lungscintigrafi och detta kommer att ombesörjas vid närmaste nuklearmedicinska eller motsvarande avdelning och det är här vi behöver Din hjälp. Vid er klinik har vi identifierat 34 st personer med kvarvarande andfåddhet enligt bifogade lista och dessa behöver nu en remiss från Din klinik för lungscintigrafi. Denna skickas till Din närmaste scintigrafienhet och för att underlätta bifogar vi ett förslag till remisstext.«

Jag har inte, som PAH-kollegera skriver, ifrågasatt om lungskintigrafi är förstahandsmetod vid oklar dyspné efter en akut lungemboli, utan jag frågade i mitt brev:

»Är lungscint rätt upp och ner rätt väg att gå?« Det hade inneburit, för att ta ett exempel, att till isotoplaboratoriet kalla en institutionsboende patient i 95-årsåldern med kronisk hjärt- och njursvikt och nyligen utskrivna från medicinkliniken efter en aggravering av hjärtsvikten.

Forskargruppen har alltså till alla 850 personer, inklusive patienter som denna, skickat ett brev med besked att blodprov och EKG antyder att man bör fortsätta utredningen och att »Du kommer att kallas för en lungscintigrafi«.

Jag tror också att incidensen av CTEPH sannolikt är underestimerad och anser självklart att patienter med misstänkt CTEPH, där eventuellt behandlingsförsök bedöms genomförbart och meningsfullt, ska utredas. Men nu är syftet med studien att bestämma antalet personer som efter en akut lungemboli utvecklar en kronisk tromboembolisk pulmonell hypertension, och där lungskintigrafi är en förutsättning för

att kunna komma fram till diagnosen. Därför, menar jag, är det forskarteamets ansvar att både beställa och bekosta lungskintigrafin. Först i nästa steg bör en »klinisk remiss« utfärdas, för ställningstagande till fortsatt utredning och eventuella behandlingsförsök.

Jag har inte antytt att studien skulle vara ett beställningsarbete från läkemedelsindustrin, utan skrivit att förhållandet att en part med ekonomiska intressen av utfallet medverkar till studiens finansiering är en kanske ofrånkomlig men samtidigt något besvärande faktor i sammanhanget. Det aktuella företaget marknadsför ett av de i genmälet nämnda läkemedlen, med en årskostnad, såvitt jag kan utläsa från Fass, kring 300 000 kr/patient.

Eric Bertholds
överläkare, medicinkliniken,
Kärnsjukhuset, Skövde
eric.bertholds@gmail.com

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Mer debatt på Lakartidningen.se

Lakartidningen tar emot ett stort antal manus för publicering under vinjetten Debatt och brev. I denna ruta upplyser vi om att det finns fler debattinlägg på Lakartidningen.se/debatt.

Jämlik vård gäller inte för barnlösa

Många av oss anser att lika vård för alla är vad vi vill eftersträva i samhället.

Att vara gravid klassas ... som ett naturligt tillstånd. Att inte kunna bli gravid är en avvikelse, det vill säga ett sjukdomstillstånd (ICD-kod N97.X). Ändå prioriteras det olika högt av landstingen. Staten, kommunerna och landstingen har bland annat till uppgift att bistå befolkningen med jämlik vård. Borde då inte detta vara en fråga för dem att se över?

Zandra Felten

PROFIT

Angående »Människovärdet i vården«:

Sjukhus som drivs i stiftelseform levererar den bästa vården

Ylva Vladic Stjernholm sätter i sin artikel ... människovärdet i relation till profit.

Länge har myter spridits om den amerikanska sjukvården som profithungrande och totalt privatiserad, det vill säga en sjukvård där profit går före människovärde och humanism. Ingenting kan vara mer felaktigt. ... svenska sjukhus ... borde ställa sig i skamvrån när det gäller patientsäkerhet och kvalitetsuppföljning. Därför är det tragiskt att landstingen finns kvar i Sverige, som ett av få länder i Europa.

Ulf Ljungblad

Vi tar för lätt på bilkörningens faror och på förlusterna

Jag har läst i tidningar om sju unga människor och hur de alla dödats i bilkrascher i år.

Sommaren har knappt börjat, och ingen ansvarig i samhället kan garantera att vi inte kommer att få läsa om fler tragiska händelser ...

Jörgen Lundälv

Dags att ange graviditetslängd enbart i dagar?

■ Efter en lördagsjour på förlossningen, med återigen osäkerhet om den väntande mamman är i vecka 42 eller är 42 fulla veckor, känns det som att det är dags att gå över till att ange graviditetslängd enbart i dagar. Skönt att det inte är ibland osäkert om det är kalenderveckor eller graviditetsveckor vi pratar om.

I dessa tider av strävan mot högsta tänkbara patientsäkerhet, träning i SBAR m m föreslår jag och i dag tjänstgörande barnmorskor övergång till att ange graviditetslängd i enbart dagar.

Och om det nu ändå ändras

så kan vi passa på att skaffa ett modernare system där graviditetslängden är lika med fostrets ålder. Vårt förslag är att graviditeten räknas med dag 1 vid beräknad konception (nuvarande v 2 + 0) och fortgår till dag 280 (nuvarande v 42 + 0) som nu är BP (beräknad partus). Mamman behöver då inte börja vänta på förlossningen för tidigt, då normal förlossningstid är 28 dagar innan graviditeten blir överburen (dag 252 till 280).

Som prematur räknas förlossning före dag 244, och extrem prematuritet är före dag 168 (nuvarande v 26 + 0). Dag 70

(v 12 + 0) och dag 112 (v 18 + 0) är andra tal vi behöver bli vana vid. En enkel omprogrammering av ultraljudsapparater och journalsystem behövs. En ny snurra med 14 tomma dagar från senaste menstruation innan dag 1 börjar räknas vill säkert någon i industrin sponsra.

Dagar är bättre att ange än veckor när vi ändå agerar utifrån graviditetslängden i dagar. Det blir dessutom mindre att skriva och underlättar enklare matematik. Dags?

Raymond Lenrick
överläkare, kvinnokliniken,
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping
raymond.lenrick@telia.com