

dokumentet som redovisar vad man kommit överens om, skall kallas. I Tyskland, Frankrike, Italien och Spanien kallas det norm, i USA, England och Skandinavien standard. Det gäller även internationellt överenskomna dokument – ISO och EN t ex.

För svensk del har valet mellan de två orden gärna kunna göras medelst krona och klavemetoden. Nomenklaturexperter är eniga (sic) om att orden är synonyma; möjligen har »standard» en dragning åt det tekniska hållet, och möjligen förknippas »norm» med etiska frågor hellre än tekniska. Hur som helst: en samlad expertis enades utan slantsingling, men efter många djupsinniga diskussioner, redan på 1960-talet om att resultatet av aktiviteten *standardisering* (som i och för sig var ett etablerat uttryck) skulle kallas *standard*, och att flertalsformen skulle vara *standarder*, på ren svenska. (Man hade tidigare länge talat om standards. Vis av dåliga erfarenheter, som slips och keps, valde man bort standardisar.)

Så blev det, och så är det nu. Man må tycka illa om ordvalet, men vi delar det med en majoritet av den internationella standardiseringsorganisationen ISOs medlemsländer, och det fungerar.

Hans Axelson
ingenjör

Hans Feychting
med dr
HSS, Hälso- och sjukvårds-
standisering, Stockholm

Barnamorden i Bagdad

Sedan fem år upprätthåller Förenta Nationerna stränga sanktioner mot Irak, innefattande även mat och medicin. Avsikten med att svälta ut landet har ansetts vara att man måste få visshet om att landets förmåga att producera biologiska och kemiska vapen och kärnvapen har upphört.

Sanktionerna har lett till ett stort lidande för befolkningen, och särskilt barnen. I flera rapporter har FN-organ, undersökningsgrupper från bl a Harvard Medical School och Läkare mot kärnvapen vittnat om en drastisk ökning av svält, sjuklighet och död i infektionssjukdomar sedan kriget.

En ny rapport, initierad av FAO, FNs organ för mat och

jordbruk, bekräftar att situationen är fortsatt mycket svår [1]. Spädbarnsdödligheten har fördubblats, och barnadödligheten före fem års ålder har ökat till det femdubbla. Malnutrition och tillväxthämning har flerdubblats. Författarna till rapporten beräknar att en halv miljon barn har dött till följd av kriget och sanktionerna. Kriget medförde en omfattande förstörelse av försörjningen med elektricitet, vatten och kommunikationer. Även sjukhus träffades av bomber. Detta bidrar till den höga barnadödligheten, men den katastrofala bristen på mat och medicin har permanentat situationen.

Den angivna målsättningen för alliansen mellan västliga stater och arabstater med kriget mot Irak var att befria Kuwait och att hindra att Irak utvecklade massförstörelsevapen, främst kärnvapen. Kuwait är befriat, och Iraks förmåga att framställa kärnvapen är bruten, ehuru givetvis inte för all framtid. Vad vill man uppnå genom att låta ytterligare hundratusentals barn dö i svält och sjukdomar?

Angår detta läkare?

Angår detta läkare? Ja, naturligtvis. Vad kan vi göra? En ledarartikel i Lancet [2] har ett modest förslag: Rapporter från FN-organ och andra pålitliga informationskällor bör sammanställas och ges god publicitet. Vill människorna i FNs medlemsstater ändå fortsätta blockaden bör de vara medvetna om konsekvenserna. En lämplig väg vore kanske att WHO gjorde denna sammanställning och överlämnade den till FNs generalförsamling med krav på att sanktionerna upphävdes beträffande födoämnen, mediciner och sjukhusutrustning. Att aktualisera detta med WHO kunde vara en uppgift för World Medical Association, eller för Sveriges representanter i WHO. Irak lär ha vägrat att låta distributionen övervakas av FN, men även om Saddam Hussein lyckas få folket att tro att han själv köpt medicinerna till barnen kommer de till god användning.

Så här i närheten av Menlösa (= Oskyldiga) barns dag är det svårt att inte jämföra FNs säkerhetsråd med Herodes, barnamördaren i Betlehem:

Ett rop hördes i Rana, gåt och högljudd klagan. Rakel be-

gråter sina barn, hon låter inte trösta sig, ty de finns inte mer.

Gunnar Westberg
överläkare, Göteborg

Litteratur

1. Zaidi S, Smith Fawzi MC. Health of Bagdad's children. Lancet 1995; 346: 1485.
2. Health effects of sanctions on Iraq. Osignerad ledarartikel, Lancet 1995; 346: 1439.

Kommentar:

Hårda motsättningar råder fortfarande

Enligt World Medical Associations (WMA) uppfattning måste läkare och annan sjukvårdspersonal tillåtas fri rörlighet även i konfliktsituationer för att på bästa sätt kunna ta hand om sjuka och skadade. Enligt WMA måste också varje part fritt kunna skaffa läkemedel samt övrig nödvändig utrustning och förbrukningsmateriel för att kunna ge sin befolkning en så bra hälso- och sjukvård som möjligt.

Blockaden gentemot Irak gäller enligt uppgift inte läkemedel, annan sjukvårdsmateriel eller livsmedel. Iraks möjligheter att importera dessa nödvändiga varor är dock allvarligt begränsade på grund av förbudet för Irak att fritt sälja sin olja. Enligt beslut i FNs säkerhetsråd har dock Irak rätt att sälja olja för detta ändamål, men med förbehållet att två tredjedelar av intäkterna skall användas som avbetalning för de skador som Irak vållade Kuwait under invasionen. Då Iraks regering inte vill acceptera dessa villkor, säljer man ingen olja och får därför inga intäkter för att köpa läkemedel och livsmedel.

Från WMAs sida tar vi gärna upp en diskussion med WHO och andra relevanta internationella organisationer rörande de lidanden som Iraks befolkning och i synnerhet barnen utsätts för. Möjligheterna till framgång synes dock tyvärr kunna vara något begränsade mot bakgrund av de hårda motsättningarna som fortfarande

råder mellan Förenta Nationerna och den irakiska regimen.

Anders Milton
Chairman of Council,
WMA

Kan tamoxifen lindra fibromyalgi?

Under en och samma vecka hade jag tre patienter inne för bröstcancerkontroll, som alla sade att deras fibromyalgi försvunnit när de fick tamoxifen.

Jag tycker att det är för många för att vara en slump.

Om det nu är så att östrogen har verkan på flera hundra olika vävnader och receptorer i kroppen vore det väl inte helt otroligt att de också skulle kunna påverka muskelfästen. När man ser det typiska mönstret för sjukdomens uppträdande och ofta försvinnande stämmer det förbluffande väl med den tid då kroppens metabolism av östrogen ändras av åldersskäl.

Kan det vara så att tamoxifen (östrogenreceptorblockad) skulle kunna lindra fibromyalgi, så kanske det finns ett samband mellan en defekt respons på ändrad östrogenspegel, eller en defekt metabolism av östrogen, som förklarar sjukdomen?

Om nu Jenner lyssnade på en mjölkerskas förklaring till hur smittkoppor förhindras kanske måhända expertisen med välvilja åtminstone kunde betänka min undran och ge mig ett svar.

Nisse Simonson
överläkare, Östersund

Kommentar:

Snarare östrogen än antiöstrogen effekt

Nisse Simonsson har gjort en mycket intressant observation, nämligen att patienter med fibromyalgi blir bättre av tamoxifenbehandling. Han undrar därför om detta kan ha något samband med östrogen-effekt eller östrogenbortfall då tamoxifen är en östrogenreceptorblockerare.

Vi vet att fibromyalgi huvudsakligen är en kvinnlig åkomma som har sin debut och klar incidensökning i klimakte-

riell postmenopausal ålder, och man har därför diskuterat om östrogenbortfall skulle kunna vara med i patogenesen. Man har dragit paralleller till t ex reumatoid artrit, som också har en ökad debutfrekvens i klimakteriet.

I alla dessa situationer är det emellertid ett bortfall av östrogen som angivits som orsakande faktor och där östrogenbehandling har rekommenderats. Tamoxifen används i bröstcancerbehandlingen som ett antiöstrogen och blockerar det mer effektiva östrogenets verkan på bröstcancercellerna.

Vad man dock skall vara medveten om är att tamoxifen också har en svag egen östrogen effekt som t ex märks i form av en ökad endometriehyperplasiefrekvens och en ökad risk för utveckling av endometrie-cancer vid långtidsbehandling. Detta gäller framför allt de kvinnor som har en låg egen östrogenproduktion och där det inte finns någon potent östrogen att blockera för tamoxifen, utan där tamoxifen snarast fungerar som ett östrogen. Man har också kunnat påvisa östrogenreceptorer i ligament och bindväv. Dessa studier har framför allt gjorts runt könsorganet och i lilla bäckenet, men med stor sannolikhet finns även receptorer i andra delar av kroppens bindväv.

Jag tror därför att man skall tänka sig tamoxifeneffekten som en östrogen effekt snarare än en antiöstrogen effekt, och detta öppnar ju för möjligheter till en ny behandling för dessa kvinnor med fibromyalgi. Just nu pågår en studie vid Akademiska sjukhuset i Uppsala där dessa frågeställningar bearbetas.

Torbjörn Bäckström
professor, institutionen för obstetrik och gynekologi, Umeå universitet

Flexibelt fiberendoskop användbart vid komplicerade anestesiingrepp

I Läkartidningen 51-52/95 redogörs för ett ansvarsärende där en patient med en larynx-tumör ådragit sig en neurologisk skada på grund grav hypoxi i samband med anestesiinledning. Patienten visade sig, efter

tillförsel av insomningsmedel och muskelrelaxantium, ha ett närmast totalt stopp i glottisnivå, som man ej lyckades passera med trakealtub. Man lyckades ej heller erhålla fri luftväg med maskventilation.

Att helt förlora kontrollen över patientens luftväg som i det aktuella fallet är kanske den mest dramatiska situation en anestesilog kan ställas inför, och incidensen varierar i olika studier mellan 0,01 och 2/10 000 anestasier [1], dvs frekvensen i Sverige torde ligga någonstans mellan 1 och 100 per år.

Som anestesilog måste man göra allt för att inte hamna i denna situation. Socialstyrelsens vetenskapliga råd, Magna Andreen, redogör på ett klargörande sätt i sex punkter för hur man skall agera för att förhindra att sådan uppkommer.

Vi tycker dock att två aspekter kan kommenteras.

Har glömts bort

För det första har ett användbart hjälpmedel glömts bort i sammanhanget, nämligen det flexibla fiberendoskopet. Med detta kan man klara flertalet svåra intubationer, och det ger dessutom intubatören/skopisten möjlighet att utvärdera luftvägen innan patienten sövs och tillförs muskelrelaxantia, vilket i flertalet fall, i likhet med det aktuella, varit det som lett fram till katastrofen. Fiberoptisk intubation är den tveklöst mest skonsamma intubationstekniken vid s k »vakenintubation» (dvs intubation under lokalanestesi med eller utan sedering) [1]. Denna teknik har länge varit förbehållen öron-, näs- och halsspecialisten, men har under senare år alltmer övergått i anestesilogens händer.

Vid en enkät till landets samtliga anestesikliniker under 1993 visade det sig att vid ungefär hälften av de 83 kliniker som besvarade enkäten fanns anesthesiologisk kompetens för fiberoptisk intubation. Dock är denna kompetens begränsad till ett fåtal händer på varje ställe.

Det är vår absoluta övertygelse att den måste spridas till samtliga anestesiloger och att den skall ingå som en del i specialistutbildningen i anesthesiologi, vilket den gör sedan många år t ex i USA.

För det andra vill vi, i likhet

med det vetenskapliga rådet, understryka vikten av att operatör och anestesilog konfererar inför fall som det aktuella, och noggrant planlägger anestesi och ventilations sätt. Det är med ett sådant samarbete man uppnår optimal säkerhet vid dessa komplicerade ingrepp.

Michael Lagerkranser
docent, överläkare,
anestesi- och intensivvårdskliniken,

Richard Kuylenstierna
docent, överläkare,
öron-, näs- och halskliniken,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

Litteratur

1. Benumof JL. Management of the difficult adult airway. With special emphasis on awake tracheal intubation. *Anesthesiology* 1991; 75: 1087-110.

Replik:

Viktigt inse problemet i förväg

Fiberoptisk vakenintubation under lokalanestesi med eller utan sedering är en synnerligen attraktiv, alternativ teknik vid »den svåra luftvägen». Det är, som kommentatorerna uttrycker, önskvärt att alla anestesiloger behärskar tekniken och att den finns tillgänglig på samtliga anestesikliniker.

Förtrogenhet med fiberoptisk vakenintubation bör absolut ingå i varje anestesilogers specialistutbildning. Anestesi- och öronkliniker, Karolinska sjukhuset, håller gemen-



»Ett annat viktigt moment i handläggningen är att inte slå ut eller dämpa spontanandningen.

samt, sedan ett par år tillbaka regelbundet, utmärkta kurser i denna teknik. Nuvarande och blivande specialister i anesthesiologi rekommenderas varmt denna utbildning.

I det aktuella fallet var dock inte fiberoptisk vakenintubation ett realistiskt alternativ, eftersom förtrogenhet med tekniken inte förelåg på kliniken. Det primära vid handläggningen av alla former av »svår luftväg» är att inse problemet i förväg och planera tillvägagångssättet beträffande anestesi och operation utifrån förutsättningarna, så att risken att förlora kontrollen över patientens luftväg undviks. Här är ett nära samarbete mellan operatör och anestesilog avgörande för säkerheten precis som kommentatorerna påpekar. Ett annat viktigt moment i handläggningen är att inte slå ut eller dämpa spontanandningen. Denna grundregel gäller i lika hög grad för fiberoptisk vakenintubation som för annan intubationsteknik vid inskränkningar i luftvägen.

Magna Andreen
docent,

medlem av Socialstyrelsens vetenskapliga råd

Hur man kan bli av med doktorn En ädel historia

Före Ädel-överenskomsten fanns inom nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholm fyra långvårdssjukhus, samtliga differentierade med rehabiliteringsenheter, dagvård, sjukhemsavdelningar etc. Chefsöverläkareformen gjorde det självklart att det fanns en geriatriker som chef för varje klinik. Det medicinska arbetet sköttes med hjälp av flera specialist- och underläkare.

När Ädel-reformen genomfördes 1993, koncentrerades geriatriken till två enheter, Karolinska och Löwenströmska sjukhusen, organiserade i sjukvårdsområdets bassjukvård. Två av långvårdssjukhusen togs helt över till kommunal sjukhemsverksamhet, ett tredje sjukhus levde kvar med blandat huvudmannaskap. 1994 inleddes de geriatriska kliniker administrativt i akutsjukvården.

Samtidigt ledde sparkrav på akutsjukvården till att antalet vårdplatser inom geriatriken