

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 endometriehyperplasifrekvens 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 anesthesiologens 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 anesthesiologs specialistutbildning. Anestesi- och öronkliniker, Karolinska sjukhuset, håller gemen-

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



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

minskade avsevärt. Dagsjukvården lades t ex delvis ner. Vad hände då? Kommunerna har nu upptäckt att allt sjukare patienter skrivs hem, personer som kunde och borde erbjudas rehabilitering.

Med hjälp av extra medel från Socialstyrelsen planeras nu samarbetsprojekt mellan kommunerna och landstinget med dagvård, hemrehab och korttidsrehab. Tre av de »gamla» långvårdssjukhusen återfår nu nästan exakt den verksamhet man tidigare hade i landstingsregi.

Cirkeln är sluten. Vi är tillbaka till tiden före Ädel. En enda stor förändring har skett. Läkarna är ej längre chefer för verksamheten och antalet läkartimmar per patient har minskat avsevärt. Var det nödvändigt med denna omväg med oerhört mycket energiförluster för att bli av med doktorn?

Eva Tornefelt Lantz
chefsöverläkare,
geriatriska kliniken,
Löwenströmska sjukhuset,
Upplands Väsby

Utvidgad vårdgaranti Hur skall vi göra?

Landstingsförbundet och regeringen har kommit överens om en utvidgad vårdgaranti. Patienter med svåra, kroniska sjukdomar ska prioriteras. Det låter ju utmärkt, men samtidigt påbjuder man att *ingen* patient ska behöva vänta mer än åtta dagar på läkartid i primärvården, dvs inte ens för den lindrigaste åkomma!

Dessa två utfästelser står i uppenbar konflikt med varandra! Hur ska vi kunna ge de kroniskt sjuka bättre och snabbare vård om vi inte får prioritera dem på de friskares bekostnad? »Väntetiderna för icke-akuta besök har tenderat att växa», enligt Socialdepartementet, och därför vill man fastslå rätten att få tid för besök inom åtta dagar.

Har man på högre ort möjligen tänkt så långt som att fråga sig *varför* väntetiderna växer? En färsk enkätundersökning visar att 80 procent av primärvårdens läkare arbetar övertid kontinuerligt, eftersom de annars inte hinner med sina arbetsuppgifter.

Hur ska vi göra när den nya

vårdgarantin träder i kraft? Vad ska vi säga till patienterna när tidboken är full? Ska vi jobba *ännu* mera övertid? De löften som Landstingsförbundet avlagt å våra vägnar är som att hålla fem liter vatten i ett treliterskärl och vänta sig att inget ska rinna utanför!

Rolf Löf
Roland Larsson
Bengt Jorming
Ulla Nordström
Torbjörg Hagström
husläkare Tappströms
hälsocentral, Ekerö

Replik 1:

Ansvar ligger på landstingen

Vårdgarantins uppgift är att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården genom att definiera rättigheter som gäller lika över hela landet. Den vårdgaranti som funnits sedan 1992 ger vissa patientgrupper rätt till operation eller behandling inom tre månader. Den gäller bl a höftleds- och grästarrsoperationer. Övergångsvis finns den garantin kvar även under 1996, men inriktningen är att prioritera de svårt kroniskt sjuka. Som ett första steg ska diabetikerna garanteras ett vårdkontrakt som klart definierar den vård de har rätt till.

Max fyra veckors väntan

Ett annat inslag i 1996 års vårdgaranti är att garantera alla en god tillgänglighet till vård. Framför allt är tillgängligheten viktig inom primärvården, som ska vara basen i hälso- och sjukvården enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Rätt till kontakt med personal inom primärvården samma dag samt högst åtta dagars väntetid för läkarbesök ingår i vårdgarantin. Dessutom ska de patienter som får remiss till specialistvård inte behöva vänta mer än fyra veckor på att få träffa specialisten.

Ansvar ligger på landstingen. Det är sjukvårdshuvudmannens uppgift att fördela resurser och organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att vårdgarantin kan uppfyllas. Är situatio-

nen sådan på en vårdcentral/husläkarmottagning att garantin inte kan klaras får detta lösas mellan enheten i fråga och de politiskt ansvariga.

Ingela Thalén
socialminister,
Socialdepartementet,
Stockholm

Replik 2:

Stora skillnader i tillgänglighet till primärvård

I den överenskommelse som Landstingsförbundet träffat med staten om vissa ekonomiska ersättningar till sjukvårdshuvudmännen för år 1996 framgår att parterna ser den »nya» vårdgarantin som början på en process som så småningom skall kunna leda till att den »gamla» vårdgarantin blir inaktuell och ersätts av en garanti som tillgodoser alla patientgruppers angelägna vårdbehov inom en rimlig tidsram samtidigt som den enskildes ställning som patient stärks.

Utgör basen i hälso- och sjukvården

I över 20 år har det funnits politiska ambitioner att utveckla primärvården så att den skall utgöra basen i hälso- och sjukvården och vara det naturliga och självklara förstahandsvalet för personer som behöver uppsöka sjukvården. Skall detta mål nås är god tillgänglighet en absolut förutsättning. Vi vet ju alla att alltför många människor på sjukhusorterna fortfarande uppsöker sjukhusens akutmottagningar utan att egentligen ha medicinska behov som motiverar sjukhusvård.

Slå in öppna dörrar

Jämfört med den nu upphävda husläkarlagens krav på tillgänglighet, tycker jag att en tid för läkarbesök inom 8 dagar inte är någon skärpning över huvud taget. Vi har faktiskt också fått kommentaren att vi slår in öppna dörrar just med den delen av överenskommelsen, vilket onekligen tyder på att det råder stora skillnader i tillgänglighet till primärvården

i riket, vilket i sig är otillfredsställande sett ur ett medborgarperspektiv.

Jag tycker inte heller att kravet på tillgänglighet i primärvården står i konflikt med kravet på att patienter med svåra kroniska sjukdomar (enligt Prioriteringsutredningens grupp I) skall garanteras en viss nationell vårdstandard. Den patientgrupp som är aktuell i ett första skede när det gäller detta åtagande är diabetikerna och det är väl en patientgrupp som i stor utsträckning redan nu tas om hand i primärvården. Det som är nytt är att Socialstyrelsen senast den 15 mars skall presentera ett förslag till ett nationellt vårdprogram inom diabetesvården, vilket i sin tur syftar till att stärka diabetikerpatientens ställning bl a genom att vårdprogrammet informerar om vilken vård de har rätt att förvänta.

Jag är inte omedveten om de problem vi har framför oss när det gäller att klara hälso- och sjukvårdens resursbehov de närmaste åren. Jag tror inte att lösningen ligger i att kräva mer och mer arbete till mindre och mindre resurser. Det är ett pedagogiskt problem att för allmänheten, vårdpersonal och de presumtiva patienterna förklara att vi faktiskt bara har ett treliterskärl. Diskussionen bör handla om vad vi skall fylla det med och i den diskussionen bör så många som möjligt delta.

Bengt Holgersson
ordförande i Landstingsförbundets styrelse

Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, t ex därför att det förkortade begreppet är otympligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.