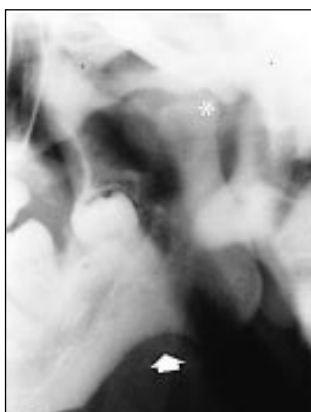


Även käkleden kan drabbas vid reumatoid artrit

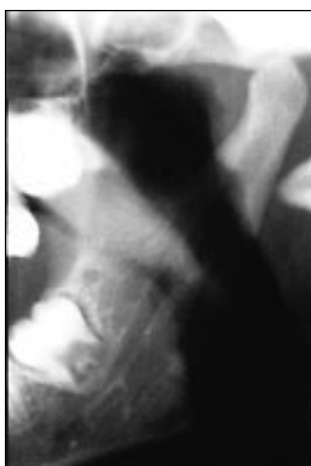
Jag vill gärna kommentera reportaget »uppfostrade T-celler mot reumatoid artrit» i Läkartidningen 7/96. Reportaget beskriver avancerad RA-diagnostik och sofistikerad prognosbedömning.

I reportaget finns också en färgplansch som illustrerar »de leder i kroppen som kan drabbas av artrit».

Det är en snygg bild, som emellertid saknar en viktig markering, nämligen käkleden. Nu är detta inte helt förvånande. I undervisningsmaterialet på läkarlinjen på KI – åtminstone för något år sedan – användes liknande illustrationer och jag har sett flera journalmallar för RA-utredning där man inte har uppmärksammat käkledens status. Icke desto mindre kan käkleden drabbas



Figur 1a. RA-patient med grav käkledsdestruktion (asterisk). Observera även en uttalad så kallad antegonial notch (vit pil).



Figur 1b. Motsvarande projektion hos patient med frisk käkled.



Figur 2. Patient som i vuxen ålder drabbats av RA. På två år har käkledsdestruktionerna skapat ramusförkortningar som gjort att bjetten roterat runt de bakersta tänderna och skapat ett frontalt öppet bbett.

hårt vid RA hos både barn och vuxna.

Figur 1a visar det röntgenologiska utseendet hos en käkled vars kondyl är helt nedbrunnen av RA, att jämföra med Figur 1b, som visar en normal käkled i ungefär samma projektion. En sådan kondyldestruktion medför en förkortning av ramus mandibulae. I ett betadat bbett roterar då mandibeln runt de bakersta molarerna, vilket resulterar i ett frontalt öppet bbett, Figur 2. Detta är bakgrunden till den hos RA-patienter så ofta förekommande »flyende hakan». Tillståndet medför naturligtvis funktionella störningar såsom avbitnings svårigheter, instabilitet i käklederna, gapsvårigheter och smärta, men också besvär av mer utseendemässig art.

Kirurgisk korrektion av gravt RA-skadade leder kan innefatta ledrekonstruktion med t ex revbenstransplantat eller osteotomier i käkarna för återställande av funktionella hopbitningsförhållanden.

Bör tas med

Den reumatoida artritens härjningar i käklederna är ofullständigt kända även om käkledsartroskopi på senare tid har förstärkt den diagnostiska arsenalen. Ett steg mot ökad kunskap om RA i käklederna vore naturligtvis att käkleden tas med i journalmallar och planscher.

Anders Westermarck
biträdande övertandläkare,
käkkirurgiska kliniken,
Karolinska sjukhuset,
Stockholm

KORRESPONDENS

Sjukvård till gömda flyktingar

Lisbet Palmgren uppmärksammade i Läkartidningen 10/96 åter svårigheten att ge flyktingar som uppehåller sig illegalt i landet nödvändig sjukvård.

Av Hälso- och sjukvårdslagen framgår att Landstinget har ansvar för att ge akut sjukvård till alla som vistas inom landstinget, även gömda flyktingar. Utredning om betalningsansvaret får dock ej ske på sådant sätt att flyktingen riskerar att polisen kontaktas. Staten har ej medgivit ersättning för sjukvård till flyktingar som håller sig undan efter beslut om avvisning eller utvisning.

Om en patient misstänks för grovt brott som kan föranleda mer än två års fängelse hindrar sekretessen inte att polisen meddelas. Om en patient som är farlig för någon annans säkerhet eller sitt eget liv lämnar sjukhuset skall chefsöverläkaren ansvara för att lämplig myndighet underrättas.

Per G Swartling
medicinalråd,
Socialstyrelsen

Ett bättre liv som läkare önskas

Jag blev glad när jag i Läkartidningen 9/96, sidan 748, läste att Lilian Rosenberg Roth ville förändra läkarnas arbetsförhållanden.

För ett par år sedan gjorde jag en allvarlig ansträngning och engagerade mig fackligt av just den anledningen: en drägligare arbetsmiljö för läkare och kanske inte minst för underläkare. Ganska snart förstod jag emellertid att mjukvaror som arbetsklimate och levnadsförhållanden hade låg prioritet i det fackliga sammanhanget. Den största energin och tiden lades på diskussioner kring faktisk arbetstid och ersättning, dvs rent ekonomiska frågor, förmodligen i tron att vi gör ett bättre jobb om vi får rimligt betalt. Så går ju resoneringsmangen på den övriga arbetsmarknaden. Men det är nog

inte så enkelt. För att prestera bra måste vi må bra och vi kan bara må bra om vi känner att vi har en möjlighet att påverka arbetsorganisationen. Så är inte fallet idag.

Ingen egen personutveckling

Vi lär oss tidigt att trampa i redan plöjda spår. Utbildningen är repressiv, och såväl fakulteter som studentfack rekryterar med förkärlek unga, formbara och karriärsugna individer. I slutänden förväntar man sig en högeffektiv sjukvårdsproduktion där så få fel som möjligt begås. Vål färdigutbildad får man sällan tid för eftertanke och reflektion över det dagliga värvet. Handledning handlar mest om handläggning av patientärenden och inte om egen personutveckling, på grund av okunskap om detta hos äldre kolleger. De goda förebilderna är få.

Utöver detta fortsätter våra arbetsgivare att anställa oss på vikariatsförordnanden, vilket är ett utmärkt sätt att hålla sina arbetstagare i schack och att inte låta dem komma med synpunkter på verksamheten – Vvilken läkare orkar eller ser någon mening i det när man ändå bara är »gästarbetare»?

Till vårt fackförbunds försvar strävar dess arbete mot ökad tillsvidareanställning för läkare, något som åtminstone ger möjlighet att påverka arbetssituationen för den enskilde.

Det står klart att det finns mycket att göra på det här området. Vi kan bara komma någonstans med en gemensam attitydförändring. Var och en måste våga säga att vi inte vill ha det så här. Nu vet jag i alla fall att vi är två som önskar ett bättre liv som läkare med mer tid för både patienter och oss själva. Tack Lilian!

Gunilla Hasselgren
Karlstad

Vetenskaplig dokumentation som stöd för IRV saknas

I Läkartidningen 7/96 redovisar Åke Rydenhag och medarbetare i erfarenheter av ventilatorbehandling med omvänt inspirations-expirationsförhållande (IRV) hos två patienter med ARDS (acute/adult respi-