

kloridlösning i minst 15 min. Om astmaanfall provocerats ge patienten sedvanlig astmamedicin.

– Kom ihåg att föra vidare uppgifter om kraschsituationen (om bilbälte använts och om krockkudde utlösts) till mottagande läkare, så att denne får en klar bild av traumavåldet, samt om risk för kontamination av frätande ämnen i ögon och sår föreligger.

Om krockkudde inte har utlösts:

– Exponera inte dig själv, patient eller utrustning för det område där en oav-

siktligt utlöst krockkudde kan expandera. Beräkna exempelvis ett säkerhetsavstånd om ett par decimeter från ratt respektive instrumentbräda. Sidokrockkuddar innehåller liten energimängd, men bör ändå respekteras.

### Allmänna synpunkter

Omhändertagandet skall i normalfallet inte fördröjas av de nämnda orsakerna, men taktiken kan behöva modifieras. Det är viktigt att mottagande läkare informeras om kraschsituationen och

risken för kontamination av ögon och sår med frätande ämnen.

*Ulf Björnstig*

tf professor och trafiksäkerhetsdirektör,  
Vägverket,  
Borlänge

### Referens

1. Björnstig U. Sjukvårdsinsats i fordon med krockkudde – råd till ambulanspersonal. Meddelandeblad nr 5/98 Socialstyrelsen Stockholm 1998.

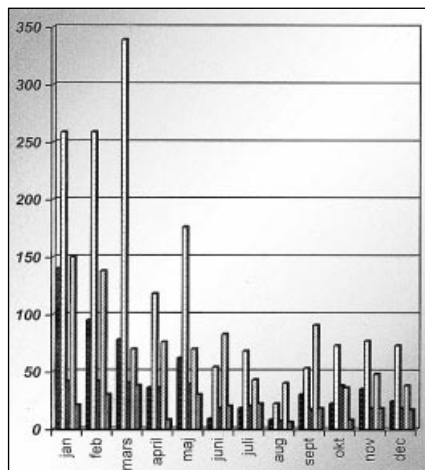
## Djärva hälsoreformer i Zambia

Under en kort period 1995 arbetade jag i Läkarbankens regi på ett missions-sjukhus i Mpongwe, Ndola Rural district, Zambia. På sjukhuset och på de hälsocentraler som var knutna till det hölls en hög ambitionsnivå med målsättningar och behandlingsstrategier utifrån identifiering av hälsoproblem och deras orsaker. Statistik fördes på måluppfyllelse, som vaccinationsträckning, diagnosfrekvenser m m.

Ekonomi i Zambia var mycket pressad med hög inflation och nödvändig privatisering utifrån Världsbankens krav på strukturella förändringar i Zambias ekonomi.

Även sjukvården hade ekonomiska krav. Finansieringen bestod till stor del av bidrag från olika organisationer. Patientavgifter hade även införts, måttliga men höga om man saknar ekonomiska medel helt.

Vid en hälsocentral fanns statistiken anslagen på väggen i mottagningsrummet. På ett stapeldiagram (Figur) sjönk



**Frekvenser** utifrån besöksorsak. Vit stapel malaria. Besöksavgifter införda mars–april (bearbetning av ursprungsdiagram).

besöksfrekvenserna påtagligt mellan två månader, framför allt malaria som besöksorsak. En sänkning som kvarstod och inte kunde förklaras med årstid.

En faktor som direkt sammanfaller med nedgången var införandet av patientavgifter, vilket kan ha medfört att patienter med feber och malaria ej sökt vid hälsocentralen utan litat till någon form av traditionell egenvård.

Vilka konsekvenser detta fått och om denna förändring kvarstår idag vet jag inte, men det enkla diagrammet pekade på möjligheten av oönskade konsekvenser av organisatoriska-ekonomiska förändringar inom sjukvården. Konsekvenser som kan vara svårfångade i en osäker nationell diagnosstatistik om patienterna i stor utsträckning inte kontaktar sjukvården. Ett problem som kunde berörts mer.

*Bertil Malmödin*

överläkare  
medicinkliniken,  
Falu lasarett

## Homocystein i plasma Bristmarkör och riskmarkör

Jag har med intresse följt diskussionen i Läkartidningen 36 och 45/98 och 1–2/99 kring funktionell B<sub>12</sub>-brist, funktionell folatbrist, och den korrekta provtagningen av P-homocystein. Speciellt uppskattar jag att det klargjorts att P-homocysteinet provtagning och

transport inte är mer komplicerad än motsvarande hantering av merparten rutinprov [1].

Jag tror att de flesta är eniga med Göran Waller och Helga Refsum [2] om att P-homocysteins ställning som riskmarkör och möjlig riskfaktor är omstridd.

Prospektiva kontrollerade interventionsstudier pågår och mer eller mindre fullständiga svar kan väntas inom några år.

Vad som däremot knappast är omstritt är att P-homocystein har förtjäns-ter som bred bristmarkör vid misstanke