

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.

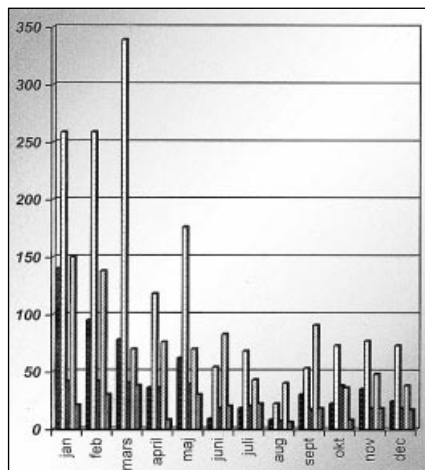
Djärva hälsoreformer i Zambia

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 B₁₂-brist, funktionell folatbrist, och den korrekta provtagningen av P-homocystein. Speciellt uppskattar jag att det klargjorts att P-homocysteinets 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 förtjänster som bred bristmarkör vid misstanke

Låt oss inte befatta oss med anatomisk CD-atlas!

om B₁₂-brist och folatbrist. P-homocystein reagerar även för former av funktionell B₁₂-brist och funktionell folatbrist, där S-kobalaminer och S-folat inte är till någon nytta.

Rent historiskt lanserades P-homocystein tillsammans med den mera B₁₂-specifika metylmalonsyra (MMA) för klinisk rutindiagnostik av oklara bristtillstånd för omkring 10 år sedan [1]. Frontforskare var en grupp kring Lindenbaum, Allen och Stabler med rötter i neurologin. I det arbetet har dock även nordiska forskare gjort uppmärksammade insatser.

I den pågående debatten förtjänar det att framhållas att gruppen kring Lindenbaum [3] nyligen verifierade den svenska terapitraditionen från Ragnar Berlin och medarbetare [4] att tablettbehandling är lika effektiv som injektionsbehandling vid hematologiska och neurologiska symtom orsakade av B₁₂-brist. Denna uppfattning synes vara på väg att accepteras internationellt [5].

I debatten har det betonats att i den kliniska vardagen är B₁₂-brist och folatbrist ofta associerade. Den erfarenheten besannades dramatiskt i Antoinette Kuzminskis undersökning [3]. Var femte patient som rekryterades till studien måste uteslutas i efterhand, eftersom B₁₂-behandling demaskerade en dittills dold folatbrist.

Om de kemiska laboratorierna kan analysera P-homocystein till samma pris som S-kobalaminer och S-folat så kan jag för min del tänka mig att använda P-homocystein som screeningprov i klinisk rutin.

Karin Björkegren
distriktsläkare, Flogsta

Referenser

1. Engstedt L, Nilsson-Ehle H, Norberg B, Palmblad J (red). Kontroverser kring vitamin B₁₂. Kunskap, kompetens, kommunikation. Klippan: Pedagogförlaget, 1998.
2. Refsum H, Ueland PM, Nygård O, Vollset SE. Homocysteine and cardiovascular disease. *Annu Rev Med* 1998; 49: 31-62.
3. Kuzminski AM, Del Giacco EJ, Allen RH, Stabler SP, Lindenbaum J. Effective treatment of cobalamin deficiency with oral cobalamin. *Blood* 1998; 92:1191-8.
4. Berlin H, Berlin R, Brante G. Treatment of pernicious anemia with high doses of vitamin B₁₂ without intrinsic factor. *Acta Med Scand* 1968; 184: 247-58.
5. Elia M. Oral or parenteral treatment for B₁₂ deficiency. *Lancet* 1998; 352: 1721-2.

Tack Milos Kesek för att Du tog upp företeelsen »Den synliga människan!» (Läkartidningen 1–2/99). Jag har själv inte sett denna produkt som ställts till mänsklighetens – inte bara den medicinska professionens – förfogande, men väl hört talas om den. Här bortser man i sin strävan efter information på allt högre nivå från de etiska värderingar som borde krävas i vår sk civiliserade kultur.

Typiskt nog har detta ägt rum i USA, som passerar det ena lågvattenmärket efter det andra ifråga om mänsklig förnedring. Vad jag i första hand vänder mig mot är att man helt cyniskt gör en av det amerikanska samhället avlivad person till utställningsföremål. Kanske fick vederbörande som ersättning »för besväret» välja avrättningsmetod?

Jag fick för några år sedan i uppdrag av Läkartidningen att recensera John

Grishams bok »Dödscellen» (The Chamber), som jag trodde skulle väcka en slumrande allmänhet, inte minst i Sverige, till insikt om det avskyvärda i dödsstraffet. Den reaktionen har tyvärr i stort sett uteblivit. Vad värre är är att läkare inte har reagerat kraftigare utan fortsätter att »ställa upp» vid t ex avrättningar.

Det borde vara en självklarhet att läkare inte skall befatta sig med några som helst aktiviteter som syftar till att bringa människor om livet. Lika självklart att inte heller utnyttja avlivade människor i olika syften. Vakna kollegor! Med en humanitär inställning kan vi försöka vända folkopinionen mot en stenålderssyn på rättskipning. Låt oss inte befatta oss med den anatomiska atlasen på CD-ROM!

Ingvar Liljefors
docent,
Djursholm

”Omvårdnadskampen” alltför ensidig

Som yrkesverksamma sjuksköterska vill jag gärna tycka till i den ibland intensiva debatten mellan »företrädare» för våra grupper.

Jag vill med en gång hävda min bestämda övertygelse att de ungdomar som idag läser 3–4,5 år på våra universitet på Hälso- och sjukvårdslinjen knappast drömmer om att livet ut vara ett slags lågstatusproletariat underställt en annan yrkeskår.

Ungdomar kommer sannolikt att bli en bristvara i framtiden i vår kår.

Inte sämre än andra yrken

Vi har själva barn många av oss. Sjuksköterskeyrket kan nog inte svara sämre än andra yrken i framtiden om det

ska locka någon modern upplyst människa.

Samarbete

Jag och säkert många med mig ser hellre samarbete än konfrontation. Ett givande och tagande i t ex utbildningsfrågor skulle nog alla vinna på. Det är tveksamt, faktiskt, om vår egen fackordförande har mandat att driva »omvårdnadskampen» så ensidigt som hon gör. Det gör man nog bara om man själv sitter på ett säkert avstånd.

Många av oss på »sjukhusgolvet» mår illa när vi hör orden omvårdnad och omvårdnadsteorier och skulle önska få ett erkännande att vårt arbete rymmer mer än så.

Några av oss har trots allt del i det totala behandlingsarbetet; Vi är en skara som mot alla odds lyckats tillskansas oss en del intressanta arbetsuppgifter.

Antingen får man erkänna och bejaka den utveckling som är eller också kan man nog lägga ner vårdhögskolorna och bara ha timanställda extraknäckande ekonomistuderande eller dylika förutom läkarna.

»Sjuksköterska på 2000-talet»
(skribentens namn känt av red)



www.lakartidningen.se