

Angående MSF-enkät om handledning – satsa direkt på konkreta förändringar!

I Läkartidningen 37/00 (sidorna 3970-1) refereras MSFs handledningsenkät, som visar att det finns »en rad allvarliga brister i grundutbildningen till läkare». MSFs ordförande hoppas att resultaten ska kunna utgöra »ett gott underlag för fakulteterna att göra förändringar».

Utvärderade för 15 år sedan

Själv var jag i mitten av 1980-talet med i den grupp som utformade och utvärderade de första enkätomgångarna [1, 2]. Det är roligt att de undersökningar vi tog initiativ till lever kvar, men tråkigt att konstatera att resultaten (läs: utbildningens medicin- och kirurgikurser) knappast tycks ha förbättrats under de år som förflutit.

Lägg energin på konkreta förändringar!

Baserat på egna senare erfarenheter rekommenderar jag att man övergår till att lägga sin energi på att åstadkomma konkreta förändringar på respektive kliniker istället för att odsla ytterligare tid och kraft på enkätundersökningar. Jag bistår gärna med tips!

Pär Lindström
barnläkare, Göteborg/Uddevalla
par.lindstrom@bracke.org

Referenser

1. Lindström P. MSF-enkät visar brister i handledningen under grundutbildningens kliniska delar. Läkartidningen 1987; 84: 3065-71.
2. Agner O, Lindström P. Stora variationer i handledningen i medicin och kirurgi för medicinstuderande. Läkartidningen 1989; 86: 1344-5.

Demyelinisering och vitamin B₁₂

Jag läste med intresse Tibor Kolesars redogörelse för cellbilden i demyeliniserade härdar i nervsystemet vid multipel skleros (MS) och vid B₁₂-brist (Läkartidningen 34/00, sidan 3644). Framställningen får tyngd av Kolesars omfattande erfarenhet av cytologiska bedömningar och av den eleganta avslutningen med två intressanta arbetshypoteser.

Cyanokobalamin oralt?

Kolesar pekar på att B₁₂ i likvor är sänkt vid MS och en del andra sjukdomar i nervsystemet. Det är oklart vilken roll den förändringen spelar, om den är hönan eller ägget [1]. Intratekal B₁₂-behandling skulle kanske inte vara alldeles omöjlig, om man använder den vävnadsvänliga lösningen av hydroxokobalamin (Behepan). Frågan är dock om så drastiska metoder ens behöver övervägas.

Det finns goda skäl att tro att behandling med oralt cyanokobalamin i högdos, 1–2 mg dagligen, tillför vitamin B₁₂ i väl så stora mängder som parenteral behandling [2]. Om inte oralt cyanokobalamin i högdos testats på MS-drabbade patienter tidigare under minst ett års tid, så är det rimligt att genom en randomiserad och kontrollerad studie testa hypotesen att B₁₂-brist skulle kunna vara orsak, eller bidragande orsak, till nervskadorna vid MS.

Homocysteinökningen orsaken?

En del forskare ser antagligen den homocysteinökning som följer med B₁₂-brist som den egentliga orsaken till nervskador. Från sådana utgångspunkter kunde man överväga att kombinera

oralt cyanokobalamin i högdos (Behepan) med oral folsyra i högdos (Folacin). En ledare i The Rondel 2000; 4 antyder att 90–95 procent av B-vitaminernas homocysteinsänkande effekt ligger hos vitamin B₁₂ och folat [3].

Ett inlägg under rubriken »Debatt» i Rondellen 2000; 4 pekar dock på möjligheten att obalans mellan vitaminerna kobalamin (B₁₂), folat (B₉) och pyridoxin (B₆) kan leda till nervskador [3]. Över huvud taget blockerar subklinisk brist på andra nyckelfaktorer en korrigering av ett manifest bristtillstånd [2].

Från sådana utgångspunkter kunde man överväga att istället kombinera oralt cyanokobalamin i högdos med ett kosttillskott av typen Vitamineral, där innehållet av folsyra är 0,4 mg och där många andra väsentliga näringsämnen ingår med ungefärligen halva beräknade dagsbehovet.

Kolesars välskrivna inlägg leder alltså till testbara hypoteser. En bred debatt om möjligheter och begränsningar är önskvärd.

Bo Norberg

docent, medicinkliniken, Norrlands Universitetsjukhus, Umeå
bo.norberg.us.@vll.se

Referenser

1. Pettersson T, Nyström G. B₁₂-brist vid inflammatoriska bindvävsjukdomar. I: Engstedt L, Nilsson-Ehle H, Norberg B, Palmblad J, red. Kontroverser kring vitamin B₁₂. Kunskap, kompetens, kommunikation. Klippan: Pedagogförlaget 1998: 147-60.
2. Kuzminski AM, Del Giacco EJ, Allen RH, Stabler SP, Lindenbaum J. Effective treatment of cobalamin deficiency with oral cobalamin. Blood 1998; 92: 1191-8.
3. www.rondellen.net

Vilken tobaksdiagnos?

Kan någon ge råd hur jag ska använda ICD-10-diagnoserna angående tobak och rökavvänjning: F17.2, Z71.6, Z72.0 och Z50.8?

Finns det någon diagnos för snusning och passiv rökning?

Per Neander

leg läkare, specialist i öron-, näs- och halssjukdomar, Läkargruppen, Örebro

Vilken diagnos bör snusaren få?

FOTO: PRESSENS BILD