

ka prövningar som vid hjärn-
avbildning. Man inser dock
svårigheterna för patient och
terapeut, då det ju är percep-
tionerna och deras bearbet-
ning som är själva problemet
som ska lösas. Detta tydliggör
fördelen, ofta nödvändighe-
ten, med att kombinera dessa
terapier med farmakoterapi.

Jag lämnar utan kommentar
Engströms sista förslag på
vad »något mer« skulle vara –
»värdebaserad psykiatri« till
skillnad från »kunskapsbase-
rad« – då jag inte förstår vad
han menar.

Göran Isacsson

docent, överläkare,
Affektiva mottagningen,
Psykiatri Sydväst,
Stockholms läns landsting
goran.isacsson@sll.se

REFERENSER

1. Engström I. Psykiatri – en specialitet om hjärnan eller om människan? Läkartidningen. 2008;105:3057.
2. Isacsson G. Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt! Läkartidningen. 2008;105:1120.
3. Isacsson G. Först läkare, sedan psykiater. Tidskriften Svensk Psykiatri. 2008;(3):32-3.
4. Isacsson G. Depression, antidepressants and suicide. A study of the role of antidepressants in the prevention of suicide [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1994.

Mb Schnitzler i Sverige – ytterligare ett fall

■ Jag läste med stort intresse den utmärkta fallbeskrivningen om Schnitzlers syndrom i Läkartidningen 46/2008 (sidorna 3348-5100). Det finns emellertid åtminstone ytterligare ett svenskt fall.

1985 kom en då 47-årig man till hematologisektionen på Östra sjukhuset i Göteborg med ett halvårs anamnes på återkommande episoder av feber, urtikariella utslag och ledvärk. Han hade ett inflammatoriskt pådrag och en M-komponent av IgM kappa-typ på 5 g/l. Utslag, feber och svettningar debuterade tidig morgon, förvärrades under följande dag då värk och trötthet tillstötte för att efter 2-3 dagar successivt klinga av. Symtomatologin fluktuerade, men periodvis återkom den upp till 2 gånger/vecka.

Omfattande utredningar kunde inte påvisa bakomliggande kollagenos eller hematologisk benmärgssjukdom. PAD på hudförändringarna visade »urticariavasculit«. Behandling med kortison 10-30 mg/dag lindrade, och ett stort antal terapier prövades

utan bestående effekt (azatioprim, kolchicin, klorambucil, nifedipin, avlosulfon, NSAID, antihistaminika, plasmaferes m m).

Många kollegor funderade

över exakt diagnos, men först 1989 hittade sektionens hudkonsult Håkan Mobacken rätt efter att ha läst två då aktuella fallbeskrivningar i Journal of the American Academy of Dermatology [1]. 1990 hade undertecknad, Ragnar Lindblad, Sven Wallerstedt och Stig Rödger en poster på det 21:a Nordiska hematologiska vårmötet i Göteborg betitlad »M-komponenter med aktivitet – TTP och Schnitzlers syndrom« där två udda fall med vidhängande M-komponent beskrevs, varav ett var det aktuella. Utkast för publicering utarbetades men resulterade inte i inskick till tidskrift.

Hur det sedan gick för vår

Schnitzler-patient? Han behandlades symtomatiskt med kortison under 16 års tid allt medan M-komponenten gradvis ökade till 30 g/l. År 2001 försvann alla Schnitzler-

symtom!! Kortisonet kunde avvecklas. Men två år därefter, när M-komponenten stigit till 51 g/l och klinisk misstanke om hyperviskositet förelåg, ställdes diagnos lymfoplasmocytärt lymfom/Mb Waldenström på benmärgsbiopsi. Behandling med klorambucil gav övergående effekt, men vid relaps 2005 beslöt man sig för att ge sex omgångar med immunocyto-terapi (R-COP = Rituximab + Cyklofosamid + Oncovin + Prednisolon). Därefter har vår f d Schnitzler-patient befunnit sig i god partiell remission. Han kontrolleras kvartalsvis och mår väl.

Göran Nilsson

överläkare,
sektionen för hematologi,
medicinkliniken, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset/Östra,
Göteborg

REFERENS

1. Janier M, Bonvalet D, Blanc MF, Lemarchand F, Cavelier B, Ribrioux A, et al. Chronic urticaria and macroglobulinemia (Schnitzler's syndrome): report of two cases. J Am Acad Dermatol. 1989;20:206-11.

Anestesiläkarens försvagade yrkesroll

■ Jag skriver detta övertygad om att god hantering av anestesijournaler i pappersformat är avgörande för en god och säker anestesisjukvård.

Den manuella anestesijournalen före, under och efter operation kvarstår i pappersformat och glöms tyvärr ofta bort i de dagliga rutiner som formateras i och med införande av journalinformation i dataformat. Reaktionen som »Skrattretande, ingen behöver se på papper av gamla anestesijournaler!« är felaktiga. För en god och patient-säker anestesisjukvård måste anestesijournalen oavsett kliniktillhörighet rutinmässigt

tas fram i nya anestesiamanhang.

I dagens sjukvård händer det alltför ofta att ansvarig anestesiläkare får klara anestesiplaneringen för preoperativa patienter utan nödvändig information för bedömningen; avgörande detaljtrogna anteckningar från tidigare anestesier saknas. Avsaknad av dokumenterad information om tidigare anestesikomplikationer har medfört allvarliga tillbud.

Dessa tillbud kunde lätt ha undvikits om gamla anestesijournaler varit tillgängliga i samband med den preoperativa bedömningen. Dagens si-

tuation är oacceptabel då den äventyrar patientsäkerheten.

På grund av den oundvikliga datajournalutvecklingen på sjukhusen är det därför brådskande att åtgärda denna situation som drabbar både oss anestesiläkare och patienter. I det fallet att ingenting annat hjälper, måste en diskussion initieras om att etablera en ny organisation av sjukhusgemensamma anestesijournalarkiv där alla anestesijournaler i pappers- eller fotokopierad form samlas.

Till detta måste strikta rutiner formuleras som innebär att regelmässigt inför en patients anesthesiinsatser hämta dessa

anestesijournaler från anestesijournalarkivet och preoperativt bifoga dem till hem-kliniken övriga journalhandlingar.

Här är ett initiativ och en vädjan till anestesiklinikernas chefer som har den organisatoriska befogenheten på sjukhusen. Att titta på en pågående försämring av patienters anestesisäkerhet, utan att stå emot, försvagar beklagligt anestesiläkarens yrkesroll i operationsteam.

Seppo Saloheimo

överläkare, anestesikliniken,
Sundsvalls sjukhus
seppo.saloheimo@lvn.se