

Undermåliga radiogram borde ha kvalitetskontrollerats

I Läkartidningen 24/98 finns en artikel om lungödem efter postoperativ laryngospasm. I och för sig är det en ganska intressant artikel, men reproduktionen av radiogrammen är minst sagt undermålig. Vidare finns ingen beskrivning av fynden i figurtexten. Man kan säga som Albert Engströms tentand: »då behövs inte bevisas, då syns» när han på fri hand ritat in en triangel i en cirkel. Här tycker jag inte att något syns på dessa »kolteckningar». Någon ansvarig radiolog har inte fått vara med bland författarna, jag tror inte att vederbörande skulle accepterat dessa reproduktioner.

Naturligtvis kan man hänvisa till att det är fråga om »bedside»-undersökningar, men med dagens möjligheter borde något bättre ha åstadkommit.

Det är inte första gången jag kunnat konstatera att artiklar i Läkartidningen, som i stor utsträckning bygger på radiologiska fynd, saknar radiolog bland författarnamnen. Det förefaller som om radiologens insats bedömts som av ringa eller intet värde, då det i stället ofta är radiologiska fynd som givit upphov till artikeln. Ett liknande fenomen kan iakttagas beträffande andra servicedisciplinens insatser, inte minst inom patologi.

Håkan Arvidsson
docent,
Frankrike

Kommentar

Vi instämmer i Håkan Arvidssons bedömning av kvaliteten på lungröntgenbilderna i artikeln. I själva verket tillför de inget av värde och kunde ha utelämnats.

Åsikten att en radiolog ska finnas som »medförfattare» till artiklar där röntgenbilder visas eller röntgenfynd beskrivs finner vi däremot svårförståelig, liksom att det är »radiologiska fynd som givit upphov till artikeln». Givetvis är det inte så att radiologens insats är »av ringa eller intet värde», lika lite som den kliniske fysiologens eller laboratoriespecialistens insatser för bedömning av t ex EKG, ekokardiografi eller blodkemin. Men lika självklart för oss är att det är de kliniska, akuta symtomen på lungödem som innebär anestesilogens problem och som föranle-

der den terapeutiska handläggningen av patienten.

De radiologiska fynden har således ej givit upphov till vår artikel, och vi håller nog fast vid vår grundinställning att en artikels författare är den eller de som faktiskt skrivit artikeln.

Jan-Michael Breider
specialistläkare,
Ingvar Gustafson
överläkare,
klinikchef, anestesikliniken,
Centrallasarettet i Växjö

Patientorienterad lönesättning

Upp flyga orden, tanken stilla står. Nej, så illa är det nog inte i det här fallet. Det är så mycket som kallas orienterat i meningen inriktat mot: handlingsorienterad sjukdomsföreställning, patientorienterad forskning, problemorienterad journal. Nog kan »patientorienterad lönesättning» fyllas med väsentligt innehåll. Utan alla jämförelser i övrigt fyllde Per Sundström i sin avhandling [1] uttrycket »handlingsorienterad sjukdomsföreställning» med betydelser och meningar som är eller borde vara centrala i alla läkares verksamhet.

När jag läste Catarina Canivets krönika [2] slog det mig att det krönikans Lisa ville argumentera för, när de individuella lönerna bestämdes, var sådant som skulle rymmas i »patientorienterad lönesättning». En smula eftertanke skulle kunna ge uttrycket många andra innebörder som borde vara centrala för lönesättningen.

Gunnar Jonson
docent i kirurgi, överläkare,
pensionerad från Centralsjukhuset
i Kristianstad

Referenser

1. Sundström P. Icons of Disease. A philosophical Inquiry into the Semantics, Phenomenology and Ontology of the Clinical Conceptions of Disease. 1st ed. Linköping: Department of Health and Society, 1987.
2. Canivet C. »Personliga egenskaper ska också avspeglas i lönerna...» Harry Fack förklarar individuell lönesättning för Lisa Mediocker. Läkartidningen 1998; 95: 2490.

Fel om förskrivningsrätt?

I nr 25–34 av Dagens Medicin finner jag att distriktssköterskor med särskild utbildning i farmakologi och sjukdomslära fått utökad förskrivningsrätt. Rättighet att förskriva ytterligare sju läkemedel. Bland dessa återfinns jag oxybutynin (Ditropan) och tolerodin (Detrusitol). Båda preparaten på indikation trängningsinkontinens.

Trängningsinkontinens är ofta ett symtom på underliggande sjukdom. Trängningsinkontinens kan orsakas av vitt skilda sjukdomstillstånd, allt ifrån banal urinvägsinfektion till malign process i lilla bäckenet.

Trängningsinkontinens fordrar noggrann läkarutredning. Ofta uretroscystoskopi, hos kvinnor oftast gynekologisk undersökning och hos män undersökning av prostata.

Följaktligen kan jag inte förstå varför distriktssköterskor ska få förskrivningsrätt på läkemedel för symtom som obönhörligen kräver läkarutredning för diagnos och behandling. De angivna läkemedlen är väl i sig inte särskilt skadliga, men det kan vara deletärt att korrekt diagnos och adekvat behandling fördröjs med felaktig medicinerings.

Maggie Granstrand
överläkare, kvinnokliniken,
Örnsköldsviks sjukhus

Kommentar

Läkemedelsverket är medvetet om att inkontinensproblem kräver en noggrann läkarutredning och att den primära behandlingen måste insättas av läkare. Som framgår av originaldokumentet avseende förskrivningsrätten gäller förskrivningsrätten enbart förnyelse av tidigare förskrivning av läkare. Det handlar alltså inte om nyinsättning av läkemedel. Tyvärr har tydligen Dagens Medicin inte återgett vårt dokument på ett korrekt sätt.

Björn Beermann
professor, Läkemedelsverket

Författaranvisningar

Läkartidningens författaranvisningar publicerades senast i nr 42/96. De kan även beställas från sekretariatet.