

Andrologin måste utvecklas på vetenskaplig grund

Ulrik Kvist har i Läkartidningen 43/98 meddelat att Nordens androloger enats om metoder för spermaanalyser. Standardiseringen skulle även minska behovet av upprepade analyser. Detta låter bra men kritik kan riktas mot presentationen ur många aspekter. Jag skall begränsa mig till några få.

Kvist skriver att en arbetsgrupp arbetat med att ta fram metoder som är baserade på Världshälsoorganisationens (WHO) rekommendationer. De är dock inte nya utan tagna dels från David Mortimers bok »Practical Laboratory Andrology» [1], dels från WHO:s handledning [2].

Man ger företräde för många detaljer som saknar vetenskaplig dokumentation och man nämner inte någon av de kritiska artiklar som finns [3] eller den kritik som riktats direkt mot NAFAs (Nordic Association For Andrology) handledning.

För räkning av spermier rekommenderar man dyrare pipetter än nödvändigt. Spermernas rörlighet bedöms med en metodik som är dyrare och mer komplicerad än motiverat. Levande och

döda spermier skiljs åt med en metod som inte finns i WHO:s handledning och som inte är lämpad för mänskliga spermprov. Differentialräkning av sädes-celler sker efter principer som gör analysen meningslös eftersom andelen normala spermier i prov från »fertila» män varierar mellan 0 och 10 procent (95 procent konfidensintervall, medianvärde 3 procent) [4].

När de »fertila» människens spermprov kan ha 0% normala spermier finns det inget utrymme kvar för de »infertila» människens prov. Metoden för kvalitetskontroll är oacceptabel.

NAFAs handledning tillför inte andrologin något nytt eller bättre. Tvärtom. Förlorarna är patienter vars spermprov bedöms i enlighet med handbokens rekommendationer och de läkare och biomedicinska analytiker som blivit utbildade efter dessa.

Visst är det nödvändigt att kunna utföra analyser av spermprov på ett korrekt sätt, men när man anför att man kan sortera ut de män som skall få en klinisk utredning enbart på basen av en spermanalys visar detta en stor okunnighet i

klinisk andrologi. Alla män och kvinnor med barnlöshetsproblem skall ha rätt till en korrekt klinisk utredning.

Årsmötet tog »ett historiskt beslut» utan nämnvärd betänketid. Vetenskapliga sakfrågor lämpar sig dåligt för voting, i synnerhet om de som är insatta i frågeställningarna är i klar minoritet.

Rune Eliasson

docent, andrologilaboratoriet,
Sophiahemmet, Stockholm

Referenser

1. Mortimer D. Practical Laboratory Andrology. Oxford University Press, 1994.
2. WHO laboratory manual for the examination of human semen and semen-cervical mucus interaction. Third edition. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
3. Morgentaler A, Fung MY, Harris DH, Powers RD, Alper MM. Sperm morphology and in vitro fertilization outcome: a direct comparison of World Health Organization and strict criteria methodologies. Fertil Steril 1995; 64: 1177-82.
4. Haugen, TB, Egeland T, Magnus Ø. Semen variables in a Norwegian fertile population. Abstract in NAFAs Annual Meeting in Oslo, September 1998.

Replik:

Manualens syfte att minska stora variationer i analysresultat

Den nordiska arbetsgruppens uppdrag var inte att hitta på nya metoder utan att försöka eliminera de stora variationer i analysresultat som olika personer får trots att de använder samma etablerade och av WHO rekommenderade grundmetoder. Detta, liksom referenser, framgår av förordet till manualen [1]. Denna är en teknisk kokbok för den laborerande, tillräckligt detaljerad för att utgöra grund för intern och extern kvalitetskontroll. Tillämpad under kurser och i det egna laboratoriet ger manualen den laborerande insikt i och kunskap om var fel vid analys kan uppstå och redskap för att förebygga felen.

Bygger på WHO:s rekommendationer

Övrig kritik som riktas mot manualen är också riktad mot WHO, eftersom NAFAs manual bygger på dess rekommendationer.

Vanliga snabbpipetter suger upp vätska genom ett skapat undertryck. De är kalibrerade för vatten. Spermprovet är mer trögflytande och undertrycket räcker inte för att få upp avsedd volym [2]. För att eliminera denna källa till variation blir valet en pipett som suger upp avsedd volym. Med den standardiserade metoden för antalsbestämning har 95 procent av män som inom tre månader gjort sin partner gravid mer än 40 miljoner spermier totalt i ejakulat.

Den metod för att bestämma spermierörlighet Eliasson är kritisk mot är den som också WHO rekommenderar. Spermiers simhastighet är beroende av temperaturen, och man måste därför analysera vid en temperatur som kan standardiseras. WHO, ESHRE och NAFA har valt 37° C, därför att rums-temperatur kan variera under dagen,

med årstiden och mellan olika laboratorier.

För att bedöma spermiermorfologin måste laboranten först »skapa» en bild av spermier i mikroskopet. Spermiers tid i sädesvätskan, teknik för att göra utstryk, fixering, ett 20-tal olika färgningssteg, mikroskopets inställning och prestanda är exempel på tekniska faktorer som bidrar till variationer i slutresultat.

Manualen syftar till att minska dessa tekniska variationer. Eliassons kritik gäller i första hand WHO:s kriterier för bedömning av andelen normala spermier. WHO rekommenderar att morfologin dessutom bedöms utifrån antalet avvikelser per avvikande spermie. Med

NAFA-metoderna har 95 procent av män som inom tre månader gjort sin partner gravid färre än 1,95 avvikelser per avvikande spermie.

För att vara lämpad till chef krävs mer än läkarutbildning

Vi förstår att »Dubbelspecialisten» inte vill skylta med sitt namn då han/hon genom sitt resonemang i inlägget »Värna patienten det primära» (Läkartidningen 3/99) diskvalificerar sig själv till varje form av chefsbefattning i en bra fungerande organisation. »Dubbelspecialisten» verkar leva i tron att sjukvård i dag endast omfattar medicinska problem. Sjukvård i dag omfattar även en mängd andra områden såsom omvårdnad, ekonomi, administration, planering, personalledning för att nämna några. »Dubbelspecialisten» anser sig som läkare självskrivna som den bästa att leda alla dessa discipliner. *Vilken annan yrkesgrupp i samhället utger sig generellt för att vara den mest lämpade att styra och leda en organisation?*

Vi är övertygade om att en vård ledd av personer med »Dubbelspecialistens» åsikter aldrig kan tillhandahålla bästa

möjliga vård för varje skattekrona. Skattebetalarna vill ha en god vård både kvantitativt och kvalitativt och en förutsättning för att detta skall uppnås är en fungerande organisation där bra arbets-klimat och samarbetsvilja premieras.

Olika behov

Om man har som mål att värna patienten, måste man förstå att denne har olika behov och att det medicinska behovet endast är en del av det totala behovet. Otaliga är exemplen där patientens behov inte enbart tillfredsställs av läkarens kompetens utan där sjuksköterskan/övrig personal i sina roller kompletterar för att uppnå patientens optimala vård. Som sjuksköterskor är vi stolta över vår pro-

fession och vi vill inte arbeta med läkare som inte respekterar att omvårdnad är vår kompetens och inte enbart »en hjälp» i den medicinska vården.

Den totala brist på förståelse och respekt för andras kompetens inom sjukvården som framkommer i »Dubbel-specialistens» inlägg och som tyvärr inte är ovanlig, är en bidragande orsak till att andra yrkesgrupper, t ex sjuksköterskor, väljer att lämna vården. Samarbetet blir inte roligare och tyvärr inte till större nytta för patienten med ledare som »Dubbelspecialisten».

*Christina Norman
Anna-Carin Alfvegren
sjuksköterskor med många år
i vården, Stockholm*

Slutreplik:

Konstruktiva förslag bättre än missförstånd och samarbetsvilja

Jag är uppenbarligen inne på tabubelagt område och klampar. Det verkar vara ännu mera känsligt än jag trodde att diskutera ledningen av sjukvården.

Jag har framfört åsikten att patienter/skattebetalare skulle få bättre vård om de medicinskt mest kompetenta, dvs läkarna, hade det avgörande inflytandet på sjukvården. (Jag har valt att framträda under pseudonym av rädsla för negativ inverkan på mitt dagliga arbete ifall någon personalgrupp felaktigt skulle uppfatta mina inlägg som påhopp.)

Vårdförbundets ordförande Eva Fernell gav i Läkartidningen 3/99 sin syn på saken och nu har även Christina Norman och Anna-Carin Alfvegren delgivit Läkartidningens läsare sina funderingar kring denna så viktiga fråga. Som jag ser det sönderfaller Christina Normans och Anna-Carin Alfvegrens gemensamma inlägg i två delar; ett missförstånd samt en deklaration om samarbetsvilja.

Läkarna ska leda samarbetet

Missförståndet består i att Christina Norman och Anna-Carin Alfvegren tolkar mig så att enbart läkare, med enbart medicinsk kompetens, ska vara med

och styra sjukvården. Så menar jag inte, utan jag menar att läkarna ska leda arbetet, med patienternas bästa som mål, i vilket vid behov även proffs på ekonomi, administration, omvårdnad osv ska ingå som rådgivare. Men utgångspunkten i besluten ska vara medicinsk, eftersom sjukvården som primär uppgift har att handha medicinska problem.

Christina Norman och Anna-Carin Alfvegren ställer i samband med missförståndet en konkret fråga: »Vilken annan yrkesgrupp i samhället utger sig generellt för att vara den mest lämpade att styra och leda en organisation?» Om inte jag är felinformerad så är det pedagoger som styr skolan och jurister som styr polismyndigheterna. Men det kanske inte är bra? Det kanske vore bättre att ha en lapplisa som polischef?

Samarbetsvilja

Norman och Alfvegren gör fullständigt klart att de inte vill samarbeta med läkare vars åsikter inte sammanfaller med deras. Skrämmande! Hoppas att de inte stämplar några läkare i sin omgivning som oliktankande, slutar samarbeta och låter patienten bli lidande.

Det är viktigt att förstå att resultat från spermaprovet inte kan förutsäga fertiliteten för en individ. Avvikande resultat är symtom på störda funktioner i mannens fortplantningsorgan och kan användas för att skilja ut de män som skall erbjudas fördjupad och riktad andrologisk diagnostik. Exempelvis är ett spermieantal under 40 miljoner totalt och många avvikelser per avvikande spermie två sådana kriterier.

Med NAFAs manual finns nu ett tekniskt instrument utifrån vilket spermianalys kan läras ut och kvalitetssäkras så att resultaten blir jämförbara. Dessa kan direkt läggas till grund för remittering utan att analyserna behöver upprepas och för säkrare uppföljning av behandling. Forskning och kunskapsbildning befrämjas.

Eliassons synpunkter har beaktats av arbetsgruppen, WHO och av NAFA.

Ulrik Kvist

universitetslektor i andrologi
ReproduktionsMedicinskt Centrum
Karolinska institutet/
Karolinska sjukhuset

Referenser

1. NAFA Manual for basic semen analysis 1998 (email: ulrik.kvist@kbh.ki.se; fax 08 313691)
2. Mortimer D. Practical laboratory andrology. Oxford: Oxford University Press, 1994.