

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 arbetsklimat 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 »Dubbelspecialistens» 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 olikänkande, 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.

Risk för felaktiga analysresultat vid provtagning från subkutan injektionsport

Subkutana injektionsportar (t ex Port-A-Cath) används i ökande omfattning för tillförsel av olika mediciner såsom cytostatika, antibiotika, för blodprodukter och näringslösningar samt för blodprovstagning. Dessa injektionsportar innebär en effektiv möjlighet för tillgång till fria venvägar. De har också fördelar vid jämförelse med traditionell provtagning hos barn. Provtagningen blir enklare och mindre smärtsam och det blir enklare att få tillräckliga blodvolymmer för laboratorieanalysarbetet.

Subkutana injektionsportar används rutinmässigt för provtagning, och i regel går det alldeles utmärkt att ta blodprov från dessa om blodflödet är bra och man använder sig av slaskrör så att slangarna sköljs igenom före provtagningen. Man har dock ingen möjlighet att kontrollera hur injektionsporten ser ut invändigt i samband med provtagning. Man kan därför inte utesluta att det finns små koagel i porten som inte stör blodflödet, men som skulle kunna initiera en aktiviering av koagulations-systemet. Följande exempel visar på att man vid oväntade resultat vid provtagning från subkutaninjektionsport bör ta om provet från en perifer ven.

Prov togs från injektionsporten

Patienten var en 5-årig pojke utan

Näväl – åter till själva sakfrågan – ska de medicinskt mest kompetenta leda sjukvården eller ska någon annan göra det? Vad tycker inrikesministern? Landstingsförbundets ordförande? Läkare? Sjukvårdspersonal? Skattebetalare? Skattebetalare som för tillfället är patienter?

Intressant vore också en diskussion om huruvida det kanske finns ett samband mellan inkompetent ledning å ena sidan och å andra sidan timslånga köer på akuten, överbelagda avdelningar, utbrända sjukvårdsanställda, miljontals bortkastade skatte kronor på grund av sjukhussammanslagningar, påfallande hög mortalitet på sjukhem med otillräckligt täta läkarkontakter osv, osv. Finns det några konstruktiva förslag till lösning av dessa problem?

»Dubbelspecialisten»

(Skribenten är känd av redaktionen)

känd blödningsanamnes och som tidigare haft normal APT-tid (aktiverad partiell tromboplastintid). Han hade en väl fungerande subkutan injektionsport varför prov togs från denna inför en planerad operation. APT-tid taget från denna var 97 sekunder. Övriga prov som togs vid samma tillfälle visade inget anmärkningsvärt (Hb, LPK, trombocyter, ASAT, ALAT, natrium, kalium, CRP m m).

Nytt prov taget samma dag i subkutan injektionsport gav APT-tid >180 sekunder. Ytterligare ett prov togs nästa dag och visade APT-tid >180 sekunder.

Vid samtliga tillfällen togs proven av van personal. Det var bra flöde då man spolade igenom porten och man tog slaskrör innan man tog citratröret för APT-tid. Inga koagel kunde heller ses vid eftergranskning av citatrören. Venöst prov taget strax efter tredje provtagningen ur den subkutana injektionsporten visade den APT-tid på 27 sekunder. Resultaten visar att provtagningen i injektionsport resulterade i patologiskt förlängda APT-tider. Orsaken till detta är ej känd, men skulle kunna bero på små koagel i injektionsporten som aktiverade koagulationsystemet och konsumerade en del av koagulationsfaktorerna.

Erhåller man oväntade analysresultat efter provtagning från subkutan injektionsport bör man överväga om detta kan bero på att provet tagits från en sådan och i så fall kontrollera resultatet genom att ta om provet i en perifer ven. Det gäller särskilt analyser som påverkas om provet är delvis koagulerat (främst PK och APT-tid men även trombocyter, LD, ASAT och kalium).

Anders Larsson

överläkare,

avd för klinisk kemi,

Anders Kreuger

överläkare,

baronkologiska enheten,

Akademiska sjukhuset, Uppsala



www.lakartidningen.se

Oriktig marknadsföring

»Infomedicas mål är att öka medborgarnas kunskap om hälsa och sjukdom», har Bengt Holmberg, projektledare på Landstingsförbundet i Läkartidningen 6/99 som svar på mitt debattinlägg i nr 3/99 där jag menar att den nystartade informationsbanken Infomedica, ägd av Apoteket AB och landstingen, marknadsför sig med vilseledande argumentation. Databasen är varken auktoriserad av Socialstyrelsen eller fri från kommersiella intressen.

I det protokoll från Infomedicas styrelsemöte i november jag fått i min hand kan man läsa att projektet nu ska permanentas till en kostnad av 16 miljoner per år och att VD i det nya bolaget ska ha »erfarenhet från politiskt styrd organisation».

Man kan vidare läsa att Socialstyrelsen »med hänsyn till debatten om auktorisation av Infomedicas medicinska innehåll inte heller fortsättningsvis kommer att auktorisera Infomedicas informationsinnehåll».

Bengt Linder från Landstingsförbundet betonar också i protokollet att »finansieringskällan hos huvudmännen skall vara hälso- och sjukvårdsmedlen». Pengarna ska alltså tas direkt ifrån vården.

Infomedica handlar om politik och byråkrati – inte om medicinsk information. En hälsosajt som ska få trovärdighet hos allmänheten måste byggas tillsammans med dem som arbetar i sjukvården, inte med dem som administrerar den eller som beslutar över den.

Vi på Multimedica har lyckats knyta till oss många av landets tongivande doktorer och forskare inom de – ännu så länge relativt få – ämnen eller rubriker vi har öppnat. Läkarna hjälper våra medicinjournalister att faktagranska texterna och svarar också på frågor från allmänheten.

Vi betraktar alltså inte Infomedica som en konkurrent. Att vi har haft synpunkter på företaget beror på att Infomedica har marknadsfört sig på ett oriktigt sätt både mot allmänheten och gentemot läkarkåren genom att påstå att innehållet är auktoriserat av Socialstyrelsen och ickekommersiellt.

Lotta Mellberg

medicinreporter, Stockholm

grundare av »Kroppsjournalen»,

www.torget.se/kropp